

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

120

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

Julien ABRAHAM

Contribution à l'Etude

DE LA

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU SEIN

Président : M. RECLUS, professeur

Juges : { *MM. BLANCHARD, professeur*
SEGOND, professeur
MARCEL LABBÉ, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

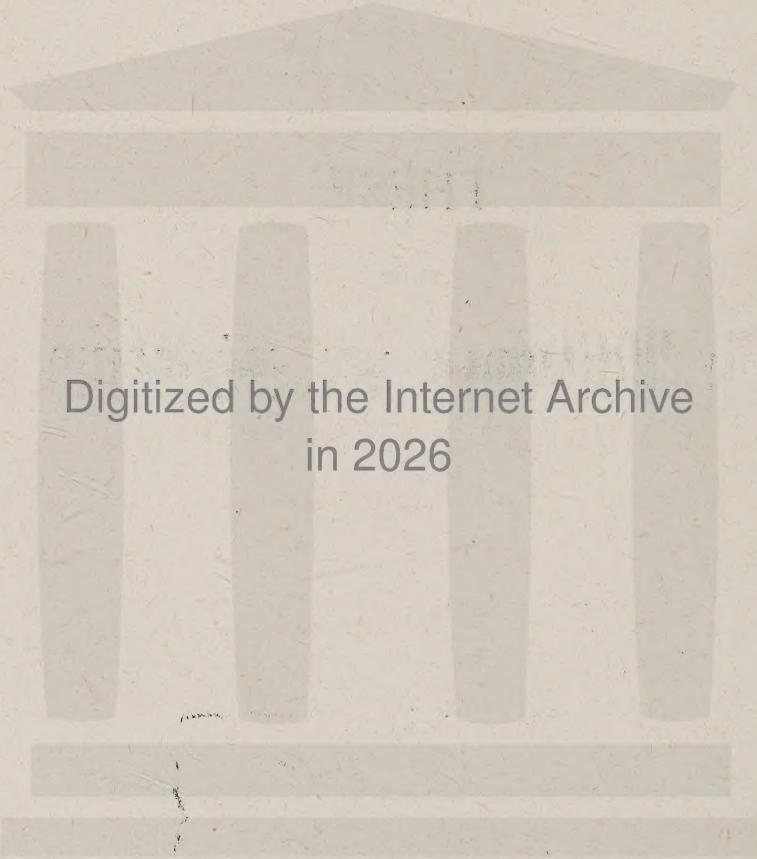
HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1910

120

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555821_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Janvier 1910, à 1 heure

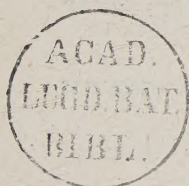
PAR

Julien ABRAHAM

Contribution à l'Etude

DE LA

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU SEIN



Président : M. RECLUS, professeur

*Juges : { MM. BLANCHARD, professeur
SEGOND, professeur
MARCEL LABBÉ, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Tuberculose primitive du Sein

INTRODUCTION

La tuberculose du sein, soupçonnée seulement au commencement du siècle dernier, a été pendant longtemps une question des plus confuses et des plus diversement interprétées. La rareté de cette affection, l'incertitude des procédés d'étude et de contrôle, à une époque où l'anatomie pathologique, la microbiologie, la méthode des inoculations expérimentales ne venaient pas en confirmer les observations cliniques, suffisaient à expliquer la date relativement récente de son histoire. Si ce n'est pas véritablement une conquête de laboratoire, on peut dire que la clinique n'en a jamais mieux profité que dans la connaissance de cette affection. C'est avec le concours du microscope qu'on est parvenu à réunir

les premières observations certaines de tuberculose mammaire, à tracer le cadre de ces tumeurs et à leur créer une individualité propre ; mais aujourd'hui encore bien des points sont obscurs dans leur histoire et les erreurs de diagnostic, les divergences dans les interprétations ne sont pas l'exception.

Nous avons eu l'extrême avantage, pendant notre scolarité à Rennes, de pouvoir réunir trois observations de tuberculose du sein. M. le professeur Har-doüin nous a fait voir tout l'intérêt que comportait l'étude de ces trois cas et nous a suggéré l'idée de notre travail. Nous lui devons trop de reconnaissance pour ne pas l'en remercier ici publiquement.

En disant « tuberculose primitive », nous n'avons pas voulu donner au mot primitif toute l'étendue qu'on serait en droit d'exiger. Nous savons qu'il est difficile, impossible même, d'affirmer qu'une affection tuberculeuse existe isolée, sans autres localisations chez un malade. Il peut se trouver en d'autres points de l'organisme des foyers plus anciens à l'état latent ou évoluant assez sourdement pour échapper à nos moyens d'investigation clinique. « Il n'est pas scientifique, disait Anspach, de diagnostiquer une tuberculose primaire sans le contrôle rigoureux d'une autopsie. » Nous voyons pourtant journellement des tuberculoses locales évoluer pour leur propre compte chez des sujets ne présentant aucune autre lésion suspecte ni dans leur passé ni dans leur présent. Nos trois malades présentaient un état général excellent et rien dans leur passé n'offrait le moindre rapport

avec leur lésion. Nous avons, d'autre part, noté en parcourant les observations de tuberculose mammaire plusieurs cas de ce genre : tuberculose mammaire chez des individus vigoureux, sans aucune tare personnelle ; la tumeur opérée et les patients vus quelques années plus tard continuaient à jouir d'une bonne santé.

Envisagée à ce point de vue purement clinique, la tuberculose primitive du sein existe, le fait est indéniable, et nous aurons l'occasion d'en reparler dans le cours de notre travail.

Nous écartons seulement de notre étude les cas de tuberculose intra-mammaire tirant leur origine d'une lésion du voisinage de la glande. Ces cas spéciaux sont encore souvent exposés auprès des observations de tuberculose propre de l'organe et décrits comme tels. La collection principale, le trajet fistuleux la faisant communiquer avec les côtes, les cartilages costaux, la plèvre, le sternum, ne laissent aucun doute à cet égard. Ce sont là des faits qu'il est bon de classer à part. Leur étiologie, leurs symptômes, leur évolution leur donnent une physionomie toute spéciale. Nous ne nous en occuperons que dans notre chapitre du diagnostic, réservant toute notre attention aux cas de tuberculose qui prennent naissance dans la mamelle.

Après l'exposé de nos trois observations personnelles, nous aborderons l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Nous en exposerons ensuite l'anatomie pathologique. Les symptômes, le diagnostic, le

pronostic nous arrêteront tout particulièrement. Le traitement fera l'objet de notre dernier chapitre et nous terminerons notre travail par l'exposé de quelques observations empruntées à la littérature médicale et qui nous ont semblé présenter un intérêt tout particulier.

Mais nous n'oublions pas que nous avons contracté pendant nos études de lourdes dettes de reconnaissance, et avant de commencer notre travail, nous devons jeter un regard vers le passé, pour remercier les maîtres de l'Ecole de Rennes de qui nous n'avons reçu que des marques de bienveillance et d'intérêt.

Nous avons fait nos débuts dans la vie clinique, sous la direction éclairée de M. le professeur Follet. Avec un zèle et un talent que nous nous plaisons à admirer, il a su mettre à la portée de nos faibles connaissances de débutant, les enseignements parfois si compliqués de la médecine.

Externe, nous avons passé dans le service de M. le professeur Dayot qui nous initia aux connaissances de la chirurgie. Nous sommes très heureux d'avoir pu bénéficier des leçons d'un tel maître. Nous lui adressons un souvenir ému et reconnaissant.

Pouvons-nous oublier notre année d'externat passée dans le service de médecine de M. le professeur Bertheux ? Elle constitue pour nous l'un des souvenirs les plus chers et les plus vivaces de notre vie d'étudiant.

MM. les professeurs Le Damany, Bodin, Assicot, Véron, Millardet, Marquis nous ont enseigné, avec la plus haute compétence, les diverses branches de la médecine. Qu'ils daignent agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

M. le professeur Chevrel, M. le Dr Jambon, chef de clinique à la maternité de Rennes, ne nous ont ménagé, pendant le cours de nos études, ni leurs conseils, ni leur amitié. C'est pour nous un devoir bien agréable, que de leur adresser, avec nos remerciements, l'hommage de notre respectueuse sympathie.

M. le professeur Reclus a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Est-il besoin de dire combien nous apprécions le grand honneur qu'il nous fait ?

OBSERVATION I

(Examen clinique et histologique d'un cas de tuberculose de la mamelle, par M le D^r Hardouin, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes.)

Tuberculose primitive du sein

M^{me} X..., trente-deux ans, a toujours joui d'une excellente santé et ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels, en rapport avec l'affection qui nous occupe.

Il y a dix-huit mois cette femme est accouchée normalement d'un enfant vivant après une grossesse qui évolua sans incidents. Elle se remit rapidement de ses couches et allaita son enfant pendant six semaines. Au bout de ce temps, elle cessa ses fonctions de nourrice à cause des exigences de sa profession.

Pendant tout le temps de l'allaitement elle n'a présenté absolument aucun trouble du côté des seins et le sevrage s'est effectué sans ennui.

Deux mois environ avant de venir consulter, la malade s'aperçut que du côté droit elle présentait dans le sein une petite grosseur qui provoquait chez elle de temps à autre de légers élancements. Quelque temps après elle remarqua que le volume de la tumeur allait en augmentant et elle consulta son médecin. Celui-ci porta le diagnostic de cancer et l'en-

voya à Rennes où elle vient consulter le Dr Dayot, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine.

A ce moment on constate que le sein droit est augmenté de volume dans sa portion supérieure, avec prédominance du gonflement immédiatement au-dessus du mamelon sous l'aréole. Pas de rougeur à la peau, à peine un peu de vascularisation exagérée.

Le palper nous révèle au niveau de la tumeur une peau adhérente aux plans profonds, infiltrée, se plissant mal sous le doigt et provoquant par le pincement entre le pouce et l'index le phénomène dit de la peau d'orange.

Au-dessous de la peau il existe une tumeur dure, pseudo-élastique cependant, très peu sensible à la pression et mal limitée dans les tissus du voisinage. Il existe un peu de rétraction du mamelon.

Dans l'aisselle, nombreux ganglions lymphatiques volumineux. Cette élasticité un peu spéciale, le manque de délimitation de la tumeur, font songer à un noyau de mastite chronique, quoique la malade nie toute espèce d'accidents de la lactation.

On conseille à la malade de la compression du sein pendant une quinzaine de jours.

Elle revient au bout de ce laps de temps. On peut très nettement constater que le volume de la tumeur s'est accru dans des proportions notables, atteignant presque les dimensions d'un œuf de poule et cette fois il est possible de percevoir très nettement une fluctuation profonde.

Après anesthésie et soins aseptiques habituels, incision de quelques centimètres au point proéminent de la lésion. On arrive sur l'abcès après avoir traversé une couche épaisse, lar-

dacée, blanchâtre, peu facile à délimiter et qui forme la poche de cette collection.

Un morceau de cette poche est prélevé pour l'examen histologique.

Examen histologique. — La pièce nous a été envoyée dans l'alcool à 90 degrés. Elle a été débitée en coupes par les procédés habituels et colorée à l'hémathéine-éosine.

A un faible grossissement, la coupe est composée d'un tissu fibreux abondant, qui englobe et circonscrit de nombreux îlots très fortement colorés par l'hématéine. Cette coloration intense est due à la présence de nombreux lymphocytes, parfois tellement abondants que par places la pièce présente l'aspect d'un ganglion. Ces placards sont de dimensions variables, mais cependant visibles à l'œil nu et ils s'associent entre eux par groupes de huit à dix, de façon à former des sortes de systèmes plus ou moins indépendants.

Si maintenant nous examinons ces nodules avec un grossissant plus fort, nous constatons qu'il existe entre eux de grosses différences d'aspect, suivant les altérations plus ou moins grandes des organes lésés.

Dans les points qui sont les moins altérés, on voit que le nodule tout en étant farci de cellules inflammatoires, présente cependant des éléments anatomiques encore facilement reconnaissables, caractérisés par des tubes à paroi d'épaisseur variable et tapissés d'un épithélium cubique plus ou moins altéré. A côté de ces tubes très nets une grande quantité de formations épithéliales se présentent sans lumière centrale. C'est ce qui nous reste des acini et des fins conduits excréteurs de la glande.

A un stade plus avancé, l'inflammation est intense et il

n'existe plus que quelques rares tubes à la lumière centrale. A l'intérieur du nodule on remarque de place en place comme une condensation de cellules dont le protoplasma aggloméré se colore plus fortement par l'éosine que dans le reste de la néoformation.

Dans ces points, les noyaux, moins nombreux, semblent se disposer à la périphérie de ce petit îlot protoplasmique.

Enfin à une période ultime, en outre des lésions étudiées ci-dessus et qui persistent en augmentant d'intensité, nous notons la présence de cellules géantes absolument caractéristiques. Parfois isolées, plus souvent associées par groupes de 3 à 4, elles occupent la périphérie du nodule inflammatoire en formant autour de lui une véritable demi-couronne de cellules géantes.

Comme l'a dit Delbet, il semble que chaque cellule géante ait pris la place d'un acinus et l'on ne peut se défendre de l'impression que la cellule géante se soit en quelque sorte substituée à l'élément primitif de la glande.

En résumé, l'étude de cette lésion nous montre qu'il s'agit là d'une tuberculose de la mamelle, et l'aspect très caractéristique des nodules inflammatoires, l'évolution de la lésion, sa forme, nous permettent de penser qu'il y a eu véritablement transformation des lobules du sein en ces éléments d'infiltration tuberculeuse que nous venons de décrire.

Pour en finir avec l'histoire clinique de notre malade, nous ajouterons que l'abcès, drainé pendant deux à trois jours, est resté fistuleux quelques semaines, puis s'est définitivement cicatrisé. Les ganglions ont également disparu.

M. le Dr Dayot qui a suivi cette femme depuis son opération

(novembre 1905), nous a donné de ses nouvelles le 1^{er} décembre dernier. Son état général est excellent ; elle ne présente aucune trace de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION II

(Malade du D^r le Damany.)

Tuberculose mammaire cliniquement primitive.

Forme polykystique

M^{me} P..., cinquante-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé. La seule défectuosité dont elle se plaint est une abondance excessive de ses règles. La cause de ces ménorrhagies est assez vague. Peut-être y a-t-il lieu d'incriminer pourtant de la fibromatose utérine.

Pour ces pertes elle va tous les ans faire une cure à Biarritz.

Vers le 15 juin 1909, à la suite d'un choc insignifiant, c'est-à-dire, presque par hasard, elle constata la présence dans le sein gauche d'une tumeur pour laquelle elle consulta le D^r Frague de Châlons-sur-Marne. Ce médecin pensa immédiatement à une tumeur maligne, mais ne voulant pas porter d'emblée un diagnostic formel, il désira revoir la malade huit jours plus tard. A ce deuxième examen il constata une notable diminution de la tumeur et resta perplexe. M^{me} P... partant pour Rennes le lendemain matin, il garda pour lui ses appréhensions et son incertitude, mais lui conseilla de se faire examiner pendant le cours de son absence.

Le 10 juillet, M. le Damany, professeur à l'École de Médecine, la voit pour la première fois. Il trouve, au-dessus et en

dehors du mamelon, une tumeur irrégulière, bosselée, adhérente au reste de la glande avec laquelle elle se confond. Son volume est suffisant pour qu'elle soulève très légèrement les téguments, mais sans y adhérer aucunement. Cette saillie est située un peu au-dessus et en dehors de l'aréole. Le mamelon n'est pas déformé. La malade déclare que la diminution de volume survenue depuis l'examen du Dr Frague, persiste.

En outre, la sensibilité assez nette qui existait également lors du premier examen a disparu, et actuellement, elle est à peu près nulle.

Vers le sommet du creux axillaire, sur la paroi thoracique, existent plusieurs ganglions, petits et mobiles, mais durs, roulant sous le doigt ; leur volume égale à peu près celui d'un gros haricot.

Le diagnostic de tumeur maligne, avec début d'envahissement ganglionnaire paraît s'imposer. Une intervention chirurgicale est considérée comme urgente, et la malade est adressée à M. le Dr H. Dayot, dans cette intention.

L'intervention a lieu le 17 juillet, et consiste dans l'ablation complète de la glande mammaire avec son mamelon, et curage de l'aisselle. Aucun incident opératoire ni post-opératoire ne se produit, et la malade guérit de la manière la plus simple, dans les délais normaux.

Examinée à l'œil nu, la tumeur se montre formée de kystes ; les uns sont tellement petits qu'ils sont à peine visibles à l'œil nu, les autres sont plus volumineux que des noisettes. La plupart ont des dimensions intermédiaires. Les uns sont remplis d'un liquide clair et transparent, quelques-uns contiennent un liquide brunâtre, couleur chocolat, avec de la fibrine dépo-

sée en forme de fausses membranes sur les parois. En présence de ces constatations, M. le Dr Dayot élimine immédiatement toute idée de tumeur maligne pour le diagnostic de tuberculose mammaire.

L'examen histologique a été pratiqué au laboratoire des cliniques de l'École de Médecine de Rennes et a révélé ce qui suit :

1° Les kystes sont vides ou contiennent des tractus fibreux. Leurs parois sont lisses ou recouvertes de fibrine. Le tissu conjonctif qui les forme est tapissé de cellules épithéliales plus ou moins aplaties, ordinairement cubiques. A côté des kystes qui se voient à l'œil nu, il en existe un grand nombre qui ne se voient qu'à la loupe ou au microscope. Entre les kystes, le tissu mammaire est en général aplati, fibreux, mais sans aucune trace de néoplasie épithéliale ou autre ;

2° L'un des noyaux, d'apparence hématique, examiné au microscope, se montre formé d'un petit amas de follicules tuberculeux riche en cellules géantes d'une netteté remarquable.

Le diagnostic de tuberculose mammaire est ainsi confirmé sans aucune restriction.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle, à l'examen histologique ne montrent aucune néoformation dont la nature tuberculeuse puisse être affirmée. Ils ont seulement les caractères histologiques des ganglions enflammés.

Reste à étudier l'origine de la lésion. M^{me} P... possède deux filles de quatorze et seize ans environ, très bien portantes ; mais elle a perdu son mari de tuberculose pulmonaire il y a dix ans environ. Elle avait été mariée pendant une douzaine d'années et dut soigner le malade pendant tout le cours de sa longue maladie, ce qu'elle fit avec beaucoup de dévouement.

Elle n'en ressentit, au reste, aucun inconvénient ni précoce, ni tardif, et le Dr Frague qui l'a suivie pendant vingt ans n'a jamais soupçonné chez elle aucune contamination tuberculeuse.

L'examen des viscères, de l'appareil respiratoire en particulier, pratiqué au moment où la malade soumit sa tumeur mammaire à l'exploration médicale resta également négatif.

Il s'agit donc là d'un cas de tuberculose mammaire cliniquement primitive.

Aucun signe clinique ne permettait de la différencier d'un épithélioma. Seule l'augmentation de volume après un choc léger, suivie d'une rétrocession légère, aurait pu éveiller les soupçons.

Histologiquement le caractère le plus remarquable de cette tuberculose mammaire est la formation polykystique dont elle s'est accompagnée.

La malade continue à jouir d'une bonne santé et actuellement on ne soupçonne chez elle aucune trace de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION III

(Hôtel-Dieu de Rennes, service de M. le professeur le Moniet.)

Tuberculose primitive du sein

F..., âgée de quatorze ans, entre à l'hôtel-Dieu de Rennes pour une tumeur du sein gauche.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte de maladie inconnue. Son père est bien portant. Elle a un frère et une sœur de dix et huit ans, également bien portants.

Antécédents personnels. — La malade qui n'est pas encore réglée, signale dans ses antécédents une fièvre muqueuse. De plus, elle aurait un peu souffert de la hanche gauche il y a deux ans. Ces douleurs mal caractérisées ne la gênaient presque pas dans la marche. Actuellement elles ont complètement disparu.

Histoire de la maladie. — Le début du mal remonte à deux ans. A ce moment la malade a découvert, dans son sein gauche, la présence d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, dure et indolore. Cette tumeur a progressivement augmenté de volume et au mois de janvier 1909, elle atteignait le volume d'un œuf environ. Pendant toute la durée de cette évolution, la santé générale de la malade s'est maintenue en bon état.

Depuis le mois de janvier de légères douleurs sont apparues et la malade déclare souffrir un peu lorsqu'elle se couche sur le côté gauche. La peau a pris une teinte rouge, violacée en certains points. La pression au niveau de la tumeur est devenue douloureuse.

Il y a trois semaines, la tumeur s'est ouverte spontanément à l'extérieur, donnant issue à une quantité assez notable d'un pus verdâtre. Depuis lors la fistule par laquelle s'écoule continuellement un peu de pus ne s'est pas refermée.

22 mars 1909. — La douleur est à peine sensible au niveau du sein gauche, sauf lorsque la malade se couche sur le côté.

A l'inspection, on trouve le sein gauche beaucoup plus volumineux que le droit. A 2 centimètres environ au-dessus du mamelon, on voit une zone rougeâtre, large de plus de 1 centimètre et ayant à son centre un orifice fistuleux. Le mamelon n'est pas rétracté.

En palpant le sein gauche on y reconnaît la présence d'une tumeur large de 8 centimètres environ, dure, indolore, et

présentant des nodosités sur sa surface. Elle est mobile sur le plan profond. La peau n'est pas adhérente à la tumeur qui siège au voisinage du mamelon. Les ganglions axillaires sont légèrement engorgés.

L'état général est bon ; pas de température. On ne trouve rien de particulier du côté des poumons. Les urines sont normales comme couleur et quantité. Elles ne renferment ni sucre, ni albumine. On fait le diagnostic de tuberculose du sein. On applique des pansements humides.

5 et 6 avril. — La température monte à 38°2 Le pus s'écoule en plus grande abondance par la fistule. Cet écoulement persiste avec les mêmes caractères pendant quelques jours.

14 avril. — Température 38 degrés. La palpation permet de constater le ramollissement complet de la tumeur.

19 avril. — *Opération.* — Incision suivant le bord inférieur du sein gauche ; décollement de la glande, mise à nu de la paroi musculaire au niveau de laquelle on ne trouve aucun trajet fistuleux conduisant sur le plan costal.

Grattage et curettage de l'abcès, attouchements au naphtol camphré, drainage et pansement à la gaze iodoformée.

23 avril. — La température monte à 38°5.

24 avril. — La température atteint 38°5.

25 avril. — Elle est à 39 degrés. En faisant le pansement on donne issue à une grande quantité de pus.

26 avril. — La température redevient normale.

A partir de ce moment la suppuration diminue de plus en plus. Le drain est enlevé le 2 mai et la réparation s'achève sans incidents. La malade sort guérie le 24 mai.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. le Dr Hadouin, qui nous en a communiqué les résultats suivants :

La pièce fixée par l'alcool et incluse dans la paraffine a été débitée en coupes et colorée à l'hématéine-éosine. L'aspect général de la préparation montre une inflammation nodulaire intense, avec prédominance de tissu fibreux limitant des zones infiltrées de leucocytes. On reconnaît par places, très nettement, la présence de quelques rares tubes glandulaires.

Les noyaux d'inflammation présentent à leur centre des cellules profondément altérées et peu facilement reconnaissables au milieu de débris cellulaires. Autour de cette zone, souvent amorphe, des cellules épithélioïdes se voient assez nombreuses. Le tout est envahi et parfois même véritablement noyé de cellules inflammatoires.

Il s'agit en somme, bien vraisemblablement, d'un tubercule dont le centre est en voie de ramollissement, mais sans cellules géantes.

Le diagnostic de tuberculose est très probable.

HISTORIQUE

Avant l'année 1836, nous ne trouvons dans la littérature médicale aucune observation certaine de tuberculose du sein. Astley Cooper, le premier, fit paraître à cette époque, dans ses œuvres chirurgicales, une étude clinique de ces tumeurs survenant chez des femmes atteintes d'engorgements ganglionnaires. Il fit suivre sa description de quelques considérations anatomo-pathologiques, mais qui n'offraient aucune particularité digne d'intérêt.

Trois ans plus tard, Nélaton, dans sa thèse d'agrégation, déclarait qu'il avait vu l'année précédente le professeur Gerdy extirper une tumeur franchement tuberculeuse.

« Les tubercules, disait-il, au nombre de 6, formaient un paquet, qui, avant l'opération, soulevait la peau et proéminait sous forme de tumeurs mamelonnées (1). »

En 1842, Bérard mentionne deux nouveaux cas ; Johannet en décrit un autre, mais dans ce cas particulier il existait un noyau tuberculeux de la plèvre qui avait servi de point de départ à l'affection.

1. Nélaton, thèse d'agrégation.

Nous citerons ensuite les noms de Holmes, de Billroth, de Horteloup, qui en 1872, rencontre un cas de tumeur du sein chez un tuberculeux. Toutefois, la description qu'il en fait ne permet pas de la ranger parmi les cas de tuberculose de la glande.

A part les deux observations de Lancereau et de Richet qui eurent le contrôle de l'examen histologique, nous ne pouvons qu'émettre des doutes sur la véritable nature de la plupart de ces tumeurs. Les descriptions manquaient de précision et rendaient sceptiques, Virchow, Cornil, Ranvier.

Velpeau lui-même, dans son *Traité des Maladies du sein*, en 1854, est bien loin d'être affirmatif. Après avoir exposé quelques cas de tuberculose du sein chez des phthisiques, il pense, « que des tumeurs étrangères à la tuberculisation générale peuvent se montrer dans le sein ». Puis plus loin, dans son chapitre traitant du pronostic, il déclare : « Ces tubercules, qui semblent faire partie des lobules glandulaires, sont peut-être d'une autre espèce que les tumeurs franchement tuberculeuses. Elles conservent si longtemps de la souplesse et de l'élasticité, qu'elles ne manquent pas d'analogie avec les tumeurs névralgiques. »

Il faut arriver à l'année 1881 pour trouver le premier travail sérieux sur la question. A cette date, Dubar soutenait sa thèse et faisait paraître son étude sur la tuberculose du sein. Avec lui s'ouvre l'ère véritablement scientifique de la tuberculose mammaire. Avec l'aide de deux cas, il fit de l'affec-

tion un tableau clinique remarquable. Il décrivit deux formes de la maladie : la forme confluyente et la forme disséminée. Il s'appliqua à décrire le mode de formation de la cellule géante, qui pour lui s'édifiait dans l'intérieur même des acini glandulaires.

Son travail est demeuré classique, et ses théories admises presque sans conteste jusqu'en 1895.

Dès lors, l'examen histologique devenait, comme moyen de contrôle, le complément nécessaire des données de la clinique.

Une autre découverte allait encore rendre plus certaine la nature des lésions observées. Nous voulons parler de la découverte en 1882, du bacille de la tuberculose. On allait pouvoir le rechercher dans les coupes, où sa présence apparaîtrait comme la signature même de l'affection. A ce moyen de vérification allait s'en ajouter un autre, le procédé de contrôle parla méthode des inoculations expérimentales.

Après la publication de Duret, et celle de Poirier en 1882, qui relatait le premier cas de tuberculose du sein chez un homme de quarante ans, Obnacker inocule pour la première fois un lapin. Il introduisit quelques gouttes de pus retirées de la glande mammaire d'une de ses malades, dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, et sacrifia l'animal six semaines plus tard. L'autopsie permit de constater la présence de tubercules caractéristiques dans la plèvre.

A partir de cette époque les observations de tuberculose du sein se multiplient rapidement et nous ren-

controns successivement les publications de Verchère, de Durant, de Valude, d'Orthmann, qui, à l'occasion de deux cas, entreprend la recherche des bacilles. Chez l'une de ses malades il en rencontre dans le tissu glandulaire, chez l'autre dans les ganglions.

Haerbermaas cite deux nouveaux cas et s'applique également à rechercher les bacilles dans les coupes. Le résultat de ses recherches fut moins heureux que celui d'Orthmann, puisque sur douze préparations qu'il fit de chaque tumeur, il ne trouva qu'un bacille dans l'un des cas, deux dans le second. C'est d'ailleurs une loi générale que les recherches de bacilles sont presque toujours infructueuses.

En 1886, Souplet publie un cas de tuberculose mammaire qui fut pris pour un carcinome par Verneuil. C'est en opérant sa malade que Verneuil s'aperçut de son erreur. La femme présentait tous les signes de carcinome sauf son âge, vingt-neuf ans, où l'affection est rare.

La même année, D. Mollière cite un cas d'abcès ossifluent intra-mammaire, issu de la face postérieure du sternum. Il insiste sur la fréquence de faits semblables qui ont été pris très souvent pour des tumeurs appartenant en propre à la glande. « J'en suis encore, disait-il, après de longues années de pratique hospitalière, à chercher un cas authentique. d'abcès froid idiopathique incontestable. »

Viennent ensuite les publications de Piskacek, de Dubreuil, de Campenon, de Hebb, de Kramen, de Markellard, de Heurtaux, de Hering. De toutes ces

publications, celles de Piskacek et de Mackellar, offrent le plus d'intérêt. Le premier donne huit observations dont trois furent soumises à l'examen histologique. Le second signale un cas de tuberculose du sein intéressant par la longue durée de son évolution qui fut de six ans. En 1889, Roux admet l'origine épithéliale de la cellule géante et l'infection fréquente par les canaux galactophores. Il ajoute 3 observations personnelles, aux 31 publiées jusqu'alors.

Viennent les noms d'Ely, de Mandry, de Bender, de Robinson en 1892. Ce dernier s'élève contre la conception anatomo-pathologique de Dubar. Pour cet auteur, l'infection débute par le tissu périglandulaire. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques servent de canaux vecteurs à l'infection qui n'envahit la glande que secondairement. Nous devons mentionner encore l'article de Delbet dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Après les thèses de Ludwig, de Muller, les observations de Powers, de Villar, de Spediacci, la publication de Rémy et Noël qui donne l'observation d'une femme de cinquante-trois ans, atteinte de mammites tuberculeuse développée autour d'un adénome, nous arrivons à l'année 1895, qui marque une étape nouvelle dans l'histoire de la tuberculose du sein.

A cette époque, Gaudier et Péraire ajoutent aux cas signalés trois observations nouvelles. Une d'entre elles est particulièrement intéressante par la marche foudroyante de la lésion, qui aboutit en moins

de huit jours à la fonte purulente d'une partie de la glande.

Walter et Pilliet font également paraître, dans le bulletin de la Société anatomique, un cas de tuberculose mammaire double. Mais le travail le plus important de cette époque est sans contredit celui de Sabrazès et de Binaud. Ces auteurs, à la suite de recherches anatomo-pathologiques, arrivent à formuler des conclusions tout à fait opposées à celles de Dubar, relativement à l'histogénèse du tubercule. Les cellules géantes signalées par Dubar seraient simplement « des coupes d'acini, dans lesquels l'accumulation d'exsudats albumineux a repoussé excentriquement des cellules épithéliales déformées, disposées en palissade, contre la paroi propre qui persiste ». Bien différente serait la véritable cellule géante, « qui est d'origine mésodermique et dérive des leucocytes polynucléaires ou des cellules conjonctives proliférées et devenues mobiles ».

Cette nouvelle théorie, qui excluait l'origine épithéliale de la tuberculose du sein, admise par les observateurs de l'époque : Harthmann, Roux, Péraire, Walther, Pilliet, Delbet, etc., et qui modifiait l'opinion que l'on se faisait sur la pathogénie de cette affection, eut ses partisans et ses adversaires.

Gautier, dans sa thèse de Bordeaux, soutient l'opinion de Binaud. Il donne une statistique des cas de tuberculose du sein publiés jusqu'à lui. Le nombre des cas est de 79, mais sur ce nombre, 43 seulement ont subi le contrôle de l'examen histologique.

Les inoculations aux animaux furent pratiquées dans sept cas.

Brucant soutient presque en même temps sa thèse à Lille. Dans son travail il s'élève contre la nouvelle conception de Binaud. « Les figures intra-acineuses, dit-il, sont bien des cellules géantes ; la présence à leur intérieur de bacilles tuberculeux englobés, la dégénérescence casécuse qui débute par leur centre, le prouvent suffisamment. »

Nous rencontrons l'année suivante en France, les thèses de Cunéo, d'Argellier, de Collomb. Tous citent de nouvelles observations, augmentant ainsi la liste des cas de tuberculose du sein qui deviennent de plus en plus nombreux. Nous remarquons cependant dans ces thèses, qu'à côté des cas de tuberculose intéressant strictement la glande, sont exposés des cas d'abcès froids ossifluents. Collomb donne trois observations, mais dans deux d'entre elles, il est question de tumeurs du sein à point de départ osseux.

En 1899, Carrel, dans la *Gazette des Hôpitaux*, fait un exposé de l'état de la question en se basant sur les 120 cas publiés. La même année, Carle publie trois observations nouvelles. La troisième seule se rapporte à un cas de tuberculose développée primitivement dans le sein.

Morestin, en 1902, rencontre un cas de tuberculose du sein chez un homme de cinquante ans. Nous reproduisons son intéressante observation à la fin de notre travail.

Brin, Nattan-Larrier, Anspach, Schley, Nocard, Salomini, Levings, étudient également la tuberculose mammaire.

En 1903, nous retrouvons le nom de Morestin, qui déclare que les tubercules du sein sont plus fréquents qu'on ne le croyait il y a quelques années.

En l'espace de trois ans il en a opéré cinq cas irrécusables. Deux de ces cas ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* en 1901 ; les trois autres dans les bulletins de la Société anatomique en 1902 et 1903.

Nous citerons encore dans ces dernières années, les noms de Bahuaud, Hardouin, Berger, Delfino, Schmidt, Franco et Patarroni qui comptent 132 cas de tuberculose du sein en 1907.

Nous ne pouvons passer sous silence l'intéressante publication de von Eberts parue au mois de juillet 1909. L'auteur y insiste beaucoup sur l'heureux usage que l'on peut faire de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose du sein. Il pense que dans certains cas bien déterminés, il est permis d'espérer la guérison des malades par l'emploi de la tuberculine, sans qu'il soit besoin d'intervenir chirurgicalement.

La tuberculose du sein, on le voit, a été l'objet de publications assez nombreuses. On ne peut néanmoins prétendre qu'on lui ait accordé jusqu'à ce jour toute l'attention que commande son importance ; car, sans être une affection fréquente, il ne s'ensuit pas qu'on doive la considérer comme une rareté clinique. Nous avons vu plus haut que Morestin

en avait opéré 5 cas en trois ans. Pendant le même laps de temps, nous avons également vu 3 malades atteintes de cette affection. Il est probable que la liste de ces cas ne fera qu'augmenter au fur et à mesure que nos connaissances deviendront plus précises et que se réduiront les difficultés du diagnostic.

ÉTIOLOGIE

Les lois générales qui président au développement des processus tuberculeux dans les autres organes, s'appliquent également à la tuberculose mammaire. Dans le sein, comme partout ailleurs, l'infection est la cause déterminante de l'affection.

Laissant de côté pour l'instant la question de pathogénie, nous allons passer en revue, dans ce chapitre, les conditions particulières qui semblent favoriser la localisation du bacille tuberculeux dans la mamelle.

La question du sexe se place au premier rang des causes prédisposantes. La tuberculose du sein se trouve être l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Trois cas seulement ont été signalés chez l'homme. Le premier a été vu par Poirier. L'examen histologique de la tumeur pratiqué par Mayor, fut très démonstratif et ne laisse aucune place au doute sur sa nature véritable. Le second cas a été communiqué par Thierry. Morestin, en 1902, a publié un troisième cas chez un homme de cinquante ans. Les préparations microscopiques présentaient des tubercules parfaitement caractéristiques avec cellules géantes.

La question de l'âge est également d'une importance capitale.

La tuberculose du sein ne frappe pas la femme à une époque quelconque de sa vie. D'une excessive rareté avant l'instauration des fonctions menstruelles ; très rare encore, mais moins exceptionnelle, lorsque la femme est entrée dans la troisième période de sa vie génitale, elle atteint son maximum de fréquence entre vingt-cinq et trente-cinq ans. C'est l'indication qui découle des statistiques faites à ce sujet. A partir de quarante ans le nombre des cas constatés diminue considérablement. Nous avons cependant noté, en parcourant les observations que nous avons pu nous procurer que neuf fois la malade avait dépassé cinquante ans. Une de nos malades était âgée de cinquante ans, une autre de quatorze ans seulement.

Schild en donne une observation chez une femme de soixante-quinze ans. Anspach cite le cas d'une fillette de quatre ans. Ces observations ne manquent pas d'intérêt, mais elles sont trop isolées pour nous empêcher de conclure que la tuberculose du sein est une affection qui atteint la femme en pleine activité génitale.

Ces deux données étant admises nous sommes tout naturellement conduits à examiner le rôle joué par la menstruation, la grossesse, la lactation, dans l'affection qui nous occupe.

On sait que ces trois états commandent, pour ainsi dire, la physiologie de la glande mammaire, provo-

quant à certains moments une poussée proliférative de ses éléments glandulaires en même temps qu'un développement considérable de ses vaisseaux sanguins. Ce travail prolifératif, cet état congestif intense de la mamelle, ne pourraient-ils pas créer un lieu d'appel pour les germes infectieux ? Cette idée a été admise, en particulier pour la détermination des foyers d'origine des ostéites. Elle a été exprimée en une formule générale par Ollier qui disait « que la zone des proliférations physiologiques était aussi la zone des processus pathologiques ».

Dubar n'accordait aucune influence à la menstruation. « Quelques picotements, quelques douleurs lancinantes, sont parfois signalés au moment des règles, disait-il ; celles-ci n'amènent ni augmentation ni diminution du volume du sein. » Cette opinion basée sur les renseignements fournis par un nombre restreint d'observations est trop exclusive. S'il existe des cas, et ils sont nombreux, où la menstruation ne paraît avoir joué aucun rôle ni dans l'éclosion, ni dans l'évolution du mal, il en est d'autres où son influence est apparue d'une façon très évidente. La malade de Tédénat, vingt-cinq ans, présentait au début une tuméfaction légère du sein qui avait été attribuée tout d'abord à des congestions menstruelles, à cause d'une aggravation sensible des accidents à chaque menstruation. Plus tard, lorsque la tumeur fut nettement constituée, la malade présentait à chaque époque menstruelle, un écoulement de liquide gris, clair et filant par le mamelon. Cet écoulement

persistait plusieurs jours et coïncidait avec une augmentation passagère du volume du sein malade. Le sein gauche ne participait pas à cette turgescence menstruelle. Il en est de même pour une malade de Le Dentu et de quelques autres, dont la tumeur augmentait de volume à chaque menstruation.

L'influence de la menstruation apparaît ainsi dans certains cas très nettement. En est-il de même pour la grossesse et la lactation ? Nombreux sont les auteurs qui leur nient toute influence et nous voyons, cité à l'appui de leurs assertions, le cas de cette femme dont parle Habermaas, qui avait allaité ses trois enfants avec le sein gauche et dont le sein droit fut frappé de tuberculose.

En dehors des modifications physiologiques qui se produisent dans la mamelle pendant la gestation, nous savons, depuis les expériences de Nattan-Larrier sur le cobaye, qu'une mamelle gorgée de lait se comporte comme un excellent milieu de culture pour le bacille de Koch. Inoculant du pus tuberculeux dans la mamelle d'un cobaye en lactation, Nattan-Larrier constate la présence des bacilles dans le lait cinq à six jours plus tard. Les bacilles s'y multiplient avec une si grande rapidité, qu'on a converti cette expérience en un procédé de diagnostic précoce de la tuberculose.

Davis dans une statistique de 40 malades, constate que 27 fois la tumeur était apparue chez des femmes en gestation ou allaitant leur enfant. Von Eberts range la grossesse et la lactation au premier rang des

causes favorisant l'arrêt du bacille tuberculeux dans le sein. Il base son opinion sur la fréquence de la maladie chez les femmes mariées et ayant eu des enfants par rapport au nombre de cas constatés chez les femmes non mariées. Il y aurait, d'après sa statistique, 4 femmes atteintes dans le premier cas, pour une dans le second. Une de nos malades avait allaité son enfant quelques semaines avant l'apparition de sa tumeur.

Nous pensons, avec Patarroni, que ce n'est pas un fait du hasard que de voir la moitié des malades atteintes de mammites tuberculeuses, en état de gestation ou d'allaitement.

Nous ne pouvons abandonner cette importante question étiologique, sans signaler quelques cas de récurrence survenus à l'occasion d'une grossesse. Une des malades citée par Dubar, âgée de vingt-deux ans, présentait une tumeur tuberculeuse du sein gauche. Cette tumeur incisée et drainée présentait pendant quelque temps un orifice fistuleux qui finit par se cicatriser. Quelques semaines plus tard, sous l'influence d'une grossesse arrivée à quatre mois, les deux seins commencent à grossir. Le gauche un peu plus volumineux que le droit, devient douloureux au fur et à mesure que la grossesse avance. L'accouchement a lieu sans incident. La femme ne nourrissant pas, le sein droit revient à l'état normal, mais le gauche reste gorgé de lait qui s'écoule par des fistules qui s'étaient produites. Une des malades de Cuneo présente une histoire analogue. Cette femme, entrée à

la clinique pour une tuberculose du sein droit en sort guérie. Quelque temps après elle devient enceinte. Pendant sa grossesse, une tumeur semblable à la première et occupant le même siège, se développe de nouveau dans son sein.

Il faut également tenir grand compte de l'état antérieur de la mamelle, comme cause favorisant l'arrêt du bacille de Koch dans cet organe. Il est évident que toutes les affections de la mamelle, en entravant la nutrition de ses éléments anatomiques et en amoindrissant leur résistance, prépareront une voie facile aux infections ultérieures. C'est ainsi qu'il faut comprendre les cas de tuberculose greffée, sur un noyau de mastite, autour d'un adénome ou développée à la faveur d'une longue suppuration. Des accidents inflammatoires antérieurs sont cités dans 42 o/o des cas ; des suppurations dans 20 o/o.

Nous enregistrons un cas particulier cité par Walther, qui, bien que ne se rapportant pas exactement à une tumeur tuberculeuse, n'en est pas moins intéressant. Il s'agit d'une femme présentant un fibroadénome du sein avec épithéliome et noyau tuberculeux. « L'examen histologique, pratiqué par Cornil, permet de constater dans un point de la tumeur, un foyer tuberculeux avec cellules géantes à la partie centrale de cet ilot. Le tout était entouré d'une couronne de leucocytes mononucléaires et de tissu conjonctif qui le séparait de la partie cancéreuse. » Nous n'insisterons pas sur la rareté des faits semblables. Ce cas particulier nous enseigne cependant que la

tuberculose peut venir se greffer sur un cancer du sein.

Nous avons remarqué dans quelques observations que les malades invoquent au début de leur maladie un traumatisme occasionnel. Le malade de Poirier raconte qu'il reçut un coup de poing violent sur le sein avant le début de son mal ; la malade de Tédénat rattache l'origine de son affection à un coup de pied d'enfant ; celle de Verneuil à un coup de corde ; celle de Piskacek à un coup porté sur le sein ; celle de Sabrazès à un coup de tête d'enfant ; celle d'Argellier à un choc contre l'angle d'un carton de modiste ; celle de Villard, cité par Patarroni, à un coup violent reçu sur le sein gauche ; celle de Collomb, celle de Gangolphe, également à un coup violent.

On sait quelle importance limitée il faut accorder aux dires des malades, lorsqu'ils font intervenir le traumatisme dans la genèse de leur lésion. Souvent il n'a fait qu'aggraver une lésion préexistante, comme c'est le cas pour une de nos malades, qui après un traumatisme léger, a vu sa tumeur accroître de volume et rétrocéder quelque peu dans la suite. Dans d'autres cas, le trauma n'a été que la cause fortuite qui a révélé l'existence d'une tumeur insoupçonnée jusqu'alors. Sa filiation étiologique, est néanmoins assez souvent citée, pour qu'on puisse le faire figurer au nombre des causes occasionnelles.

Il nous reste à examiner l'importance qui se rattache aux antécédents des malades dans notre étiologie. La loi de l'hérédité qui veut que des parents

tuberculeux donnent naissance à des enfants eux-mêmes tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose, est une loi générale et on ne peut en tirer aucune déduction pour expliquer la localisation du processus dans la mamelle. La tuberculose du sein n'est pas une maladie familiale. Nous ne pensons pas qu'on en ait observé plusieurs cas dans la même famille. Le fait d'ailleurs ne doit pas nous surprendre.

Les antécédents personnels des malades méritent d'être pris en plus grande considération. Très souvent on leur trouve un passé très entaché de tuberculose : tuberculoses pulmonaire, pleurale, osseuse, viscérale, manifestations scrofuleuses diverses. La filiation est dans ce cas facile à établir et l'on peut admettre que l'état local est sous la dépendance de la tuberculisatation antérieure de l'organisme.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et Von Eberts a pu établir que chez 40 malades environ, la tumeur s'était développée sans que l'examen clinique le plus soigneux, le plus approfondi, ait permis de déceler la moindre trace de tuberculose ailleurs que dans le sein. La tumeur peut ainsi apparaître comme manifestation isolée et primitive de la tuberculose. Le processus peut s'immobiliser dans la mamelle sans atteindre le poumon, comme il peut aussi être suivi de phthisie pulmonaire. Cette dernière éventualité ne prouve pas que le sujet était tuberculeux avant l'apparition de son affection locale. Celle-ci a très bien pu être le point de départ de l'infection viscérale. Il

en est de la tuberculose du sein, comme des autres tuberculoses locales qui surviennent chez des gens considérés autrefois comme des scrofuleux, parce que leurs lésions étaient isolées et curables, parce que leurs poumons n'étaient pas atteints ; elle peut être et rester locale.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la tuberculose mammaire est une question encore très discutée à l'heure actuelle et qu'il est difficile de résoudre par une théorie à l'abri de toute critique. Pendant de longues années, on a admis la possibilité de l'infection de trois façons différentes : par la voie sanguine, par la voie lymphatique et par la voie canaliculaire.

L'infection canaliculaire fut admise dès le début : Dubar en était partisan, et c'était la déduction presque logique de sa théorie glandulaire. Verchère, Kramer, Orthmann l'admettaient également. Verneuil à l'occasion d'un cas de tuberculose émettait la même opinion en disant : « Il est tout naturel de penser que les conduits glandulaires ont servi de porte d'entrée au parasite qui, parvenu dans la glande, y a rencontré un milieu des plus favorables à sa prolifération. » Ainsi pensaient la majorité des auteurs jusqu'au jour où Sabrazès et Binaud firent paraître leur travail qui attribuait à la tuberculose du sein une origine interstitielle. Ces auteurs n'admirent pas la possibilité de l'infection par la lumière des conduits et firent intervenir les lymphatiques pour expliquer le transport des bacilles. Les nom-

breuses publications parues dans la suite démontrent que leur manière de voir fut presque unanimement partagée. Carle dans sa publication de 1899 se montre très affirmatif à cet égard. « Il est absolument prouvé aujourd'hui, disait-il, que ce n'est pas par la voie des canaux galactophores que se propage l'infection, mais bien par les lymphatiques ».

Lorsque la tuberculose se développe dans le sein au moment d'une grossesse ou pendant la lactation, n'est-on pas alors en présence de conditions spéciales, pouvant faire penser à la possibilité d'une infection canaliculaire, comme le fait est admis pour les mastites ? Leblanc n'a-t-il pas démontré expérimentalement que chez les animaux domestiques, l'infection tuberculeuse pouvait se faire de l'extérieur par les canaux galactophores (1) ? Pourquoi n'en serait-il pas de même chez la femme ? Des linges, des éponges, des liquides pour lavage, etc., peuvent apporter les germes au voisinage des conduits béants et constamment humides. Ne pourraient-ils pas y pénétrer, s'y multiplier, et cheminer de proche en proche dans leur intérieur pour gagner les acini glandulaires ?

Ceux qui contestent la contamination par cette voie, font remarquer que l'intégrité des conduits a presque constamment été observée. Cette intégrité n'est pas aussi fréquente qu'on l'affirme habituelle-

1. Leblanc. *Les maladies de la mamelle chez les animaux domestiques*, 1901.

ment. Carle, lui-même, déclare que la réaction épithéliale des conduits est plus marquée que ne semblent le dire les travaux sur la question et en cite un cas personnel dans lequel l'épithélium canaliculaire était absolument méconnaissable. Krammer rapporte un cas d'infection ascendante consécutif à un ulcère du mamelon ; Arthmann a trouvé une fois des lésions maxima au niveau des canaux excréteurs ; Nepveu dans un autre cas a rencontré les culs-de-sac glandulaires absolument remplis de microbes ; Walter et Pilliet, dans un cas de tuberculose bilatérale, ont trouvé des lésions surtout marquées au voisinage du mamelon et concluent à l'origine externe de cette tuberculose. Il existe d'autres faits identiques et leur liste ne ferait que s'accroître, si dans les examens histologiques on s'était toujours occupé de l'état des conduits. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et dans nombre d'observations il n'en est pas fait mention, l'examen histologique ayant été pratiqué dans le simple but de confirmer la nature présumée de l'affection.

D'ailleurs, les canaux galactophores, tout comme le canal déférent dans la tuberculose épididymaire, pourraient avoir été traversés par des bacilles, sans que ceux-ci y aient déterminé nécessairement des lésions.

Avec Delbet nous sommes tenté de croire qu'il y a dans la mamelle, comme dans le rein, une tuberculose ascendante, rayonnée par infection des conduits. C'est surtout dans les cas qui surviennent pen-

dant la grossesse ou la lactation qu'il faudrait y penser.

Nous l'admettons bien volontiers, et en particulier pour la malade qui fait l'objet de notre observation I. Nous basons notre diagnostic sur le siège sous-aréolaire de la lésion, sur ce fait que la malade a allaité quelque temps auparavant et sur l'absence de toute autre manifestation tuberculeuse chez elle.

Mais de toutes les voies de pénétration, les voies sanguine et lymphatique sont sans contredit les plus fréquentes ; ce sont aussi celles qui sont le plus universellement admises. Lorsque le bacille emprunte l'un ou l'autre de ces modes de transport, on ne rencontre pas dans tous les cas indistinctement la même origine infectieuse. Tantôt le microbe a pénétré dans la glande à la faveur d'une suppuration. Tantôt les bacilles ont pénétré par une solution de continuité des téguments et ont été charriés par les lymphatiques. Témoin ce cas du D^r Remy dans lequel la malade raconte qu'elle éprouvait depuis la cessation de ses règles des démangeaisons violentes sur tout le corps et particulièrement autour du sein et qu'il lui est arrivé en se grattant, de produire des érosions sur la peau. D'autres fois, on peut se trouver en présence de sujets sains en apparence mais déjà tuberculisés, ou bien encore de sujets porteurs de lésions tuberculeuses diverses. On comprend facilement que dans ces conditions, les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, puissent servir de véhicule aux germes infectieux et venir les déposer

· dans la mamelle à la faveur d'une des causes occasionnelles que nous avons énumérées dans notre étiologie. On s'accorde à considérer les vaisseaux sanguins, comme les canaux vecteurs de l'infection dans les cas de tuberculose disséminée survenant chez des phtisiques. Il en serait de même pour la tuberculose du sein à forme miliaire (forme excessivement rare), décrite par Fiorentini et qui apparaît chez des sujets présentant des poussées de granulie.

· Le rôle joué par les lymphatiques n'est pas moins considérable. On sait combien est fréquent le début de notre affection par les ganglions axillaires. Cet engorgement ganglionnaire peut apparaître plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années avant que le sein ne soit frappé de tuberculose ; puis un beau jour une tumeur se développe sur le segment externe de la glande correspondant à l'aisselle affectée, un cordon noueux se forme reliant la tumeur aux ganglions. Voilà des cas où la marche de l'infection se fait pour ainsi dire devant nos yeux et il semble que le bacille ait effectué une marche rétrograde par rapport au courant de la lymphe.

Il ne faudrait pourtant pas trop généraliser ce mode d'infection, car, comme le fait remarquer Brucant, s'il existe des faits où il n'y a pas d'adénite axillaire, il en est d'autres dans lesquels l'inflammation ganglionnaire fait de si rapides progrès, qu'on est porté à croire que la tuberculose s'y est développée primitivement, alors que la mamelle était en réalité la première atteinte.

Il semble donc qu'il n'y ait pas de lois fixes pour expliquer la pathogénie de la tuberculose mammaire et qu'à chaque cas pris en particulier correspond également un mode d'infection particulier. Mais quel que soit le chemin que l'on fasse suivre aux bacilles, on ne peut en expliquer la marche qu'en se basant sur des probabilités ou des raisons d'analogie. Ce fait nous permet de penser qu'on a eu tort bien souvent d'abandonner systématiquement le domaine des hypothèses, pour admettre un seul mode d'infection à l'exclusion de tout autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il existe deux formes principales de tuberculose du sein, la forme disséminée et la forme confluyente ; entre ces deux types extrêmes on peut rencontrer différents intermédiaires.

L'opinion d'Obnacker qui considérerait les diverses variétés de tuberculose mammaire, comme des stades différents d'une même forme, ne correspond pas à la réalité, et la distinction établie par Dubar dès 1881 reste légitime.

1° *Lésions macroscopiques.* — Dans la forme disséminée, de beaucoup la plus rare, la mamelle ne présente extérieurement aucune modification. Son volume est la plupart du temps normal. Sur une surface de section de la glande, on rencontre épars çà et là, des noyaux distincts, séparés les uns des autres par du tissu mammaire sain, ou entourés d'une atmosphère d'induration fibreuse. Leur nombre est variable, quatre ou cinq dans certains cas ; dans d'autres cas le sein en est complètement farci. Tantôt leur volume ne dépasse pas celui d'un grain de mil, tantôt il atteint celui d'une amande et même davantage. Leur couleur gris bleuâtre à la périphérie est jaunâtre au centre et rappelle suivant l'ex-

pression des auteurs, la couleur de la châtaigne cuite. Ces noyaux n'offrent pas toujours la même consistance ; fermes dans certains cas, ils peuvent devenir friables et se laisser facilement écraser sous le doigt. Ils se caséifient et s'ouvrent à l'extérieur tantôt séparément, criblant ainsi la mamelle de fistules ; tantôt après s'être fusionnés entre eux et avoir formé un abcès unique.

La forme *confluente* est la plus fréquente. Elle s'accompagne presque toujours d'augmentation de volume et de déformation du sein. La tumeur est unique, plus ou moins volumineuse, bosselée, mal circonscrite. Sur une coupe de sa paroi, on aperçoit des groupes de petits nodules dont les uns sont à peine visibles à l'œil nu. D'autres sont plus volumineux avec des dimensions d'une tête d'épingle. Ils sont parfois grisâtres, demi-transparents ou bien déjà caséifiés à leur centre. La paroi interne de cette coque, tapissée d'une membrane fibrineuse, circonscrit une cavité irrégulière, anfractueuse, divisée en cavités secondaires par des tractus fibreux. Ces cavités secondaires sont reliées les unes aux autres par des conduits tortueux qui rappellent, suivant l'expression de Binaud, l'aspect diverticulaire d'une vieille fistule anale. On y trouve une bouillie purulente, jaune grisâtre, mélangée d'un liquide louche séreux qui peut se déverser au dehors par un ou plusieurs orifices fistuleux.

Sa paroi externe est doublée d'un revêtement fibreux d'une épaisseur pouvant atteindre 3 et 4 cen-

timètres et se continuant insensiblement avec le tissu sain mammaire.

Les ganglions axillaires, surtout ceux qui siègent au bord inférieur du grand pectoral, sont le plus souvent touchés. Suivant les cas on les trouve durs ou ramollis, isolés ou mobiles ou réunis en masse.

Lésions microscopiques. — L'examen histologique donne des résultats différents suivant que les lésions sont récentes ou arrivées à leur complet développement. Dans un premier stade on ne trouve rien de caractéristique. On ne constate qu'une irritation inflammatoire du tissu conjonctif interacineux qui est plus ou moins infiltré de leucocytes mononucléaires ou polynucléaires, suivant l'activité du processus pathologique. La cavité de l'acinus est agrandie et sa paroi un peu épaissie.

A un stade plus avancé les cellules embryonnaires se massent autour de l'acinus glandulaire et tendent à l'envahir. Sa paroi cède bientôt en un point et les cellules embryonnaires font irruption dans la cavité glandulaire dont les éléments épithéliaux ont déjà subi des modifications profondes.

A la période ultime, on voit sur les coupes des cellules géantes disséminées et disposées les unes par rapport aux autres comme les acini glandulaires. Ces cellules ne diffèrent en rien de celles que l'on trouve partout ailleurs. Ce sont de grandes cellules entourées d'une couronne de cellules épithélioïdes et de cellules arrondies à gros noyaux, appartenant au type embryonnaire.

A ce moment le processus est assez avancé pour que les membranes propres glandulaires aient disparu. « Je n'ai jamais vu pour ma part, dit Cornil, un cul-de-sac avec sa membrane reconnaissable et contenant une cellule géante, sauf dans la tuberculose expérimentale de la mamelle. »

Le processus est identique au niveau des canaux galactophores : Infiltration leucocytaire, développement anormal des cellules épithéliales, pénétration des leucocytes à travers la membrane propre du canal, formation de tubercules sur la surface interne des canaux galactophores dont la membrane propre est détruite.

Ultérieurement les amas embryonnaires, les granulations subissent la dégénérescence vitreuse, puis caséuse, puis enfin ils se ramollissent. Ces altérations s'opèrent du centre vers la périphérie.

On découvre rarement la présence de bacilles tuberculeux dans les coupes, de même que dans le pus des cavités. Dans un cas de Piskacek il fallut faire quatre cents coupes pour trouver un seul bacille. Souvent les recherches furent entièrement négatives, mais il existe des exceptions à cette règle générale et dans certains cas, les recherches entreprises ont abouti à la découverte de nombreux bacilles.

On a tour à tour attribué à la tuberculose du sein une origine glandulaire et une origine interstitielle. La théorie de l'origine épithéliale de la cellule géante a été émise pour la première fois par Dubar. Cet auteur considérait les cellules géantes « comme étant

des sections de culs-de-sac glandulaires à la lumière remplie de cellules embryonnaires et dont la paroi conservant une certaine vitalité est représentée par une couronne de noyaux ». Cette conception fut un peu modifiée dans la suite et on admit même la possibilité de la formation des cellules géantes aux dépens des cellules épithéliales des acini glandulaires.

En 1895, Sabrazès et Binaud firent une étude très approfondie de la question à l'occasion d'un cas de tuberculose du sein constaté par eux. Les conclusions qu'ils formulèrent furent toutes différentes des précédentes. Pour eux les cellules décrites par Dubar ne rappellent ni l'aspect granuleux et fibrillaire, ni les contours rameux des cellules géantes. La véritable cellule géante dérive des leucocytes polynucléaires et des cellules conjonctives proliférées et devenues mobiles. Elle n'affecte que des rapports de contiguïté avec les culs-de-sac glandulaires ; elle peut leur être accolée, mais en aucun point elle ne paraît dériver de leur intérieur.

Ce problème de l'origine de la tuberculose mammaire semble définitivement résolu à l'heure actuelle. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire à ce sujet l'opinion de Cornil qui fut appelé à la suite des expériences de Nocard chez la vache, à examiner des fragments de mamelles tuberculeuses (1). « Tous les éléments constituant des glandes, dit Cornil, sont

1. Cornil. *Les tumeurs du sein*, 1908.

enflammés et en voie de tuberculisation très intense. Bien que l'injection du bacille ait pénétré seulement dans les conduits galactophores et dans les culs-de-sac par lesquels ils se terminent dans les acini, le tissu conjonctif n'était pas moins envahi que la glande. Les culs-de-sac glandulaires étaient remplis de cellules épithéliales agrandies, multipliées et de leucocytes mêlés au lait. Le tissu conjonctif présentait la même infiltration leucocytaire et des bacilles se trouvaient dans le tissu cellulaire comme dans le contenu des glandes. Plus tard, on constatait des cellules géantes dans les culs-de-sac, aussi bien que dans le tissu conjonctif.

Ces expériences mettent fin à la controverse élevée à propos du développement de la tuberculose mammaire chez la femme, les uns soutenant qu'elle est développée primitivement dans le tissu conjonctif et s'y localise, les autres prétendant qu'elle est d'origine glandulaire et limitée à la glande ; or, il appert de l'expérience de Nocard, que les bacilles introduits dans les cavités glandulaires se répandent de suite en dehors d'elle, et il ne peut en être autrement si le tissu conjonctif en est primitivement le siège. »

SYMPTOMATOLOGIE

La tuberculose du sein, surtout dans les formes primitives, a le plus ordinairement un début insidieux, une évolution torpide ; les lésions peuvent rester insoupçonnées des malades, jusqu'au jour où elles ont acquis un certain développement et attirent l'attention par leur volume. Suivant qu'on a affaire à l'une ou l'autre des variétés cliniques de tuberculose mammaire, les symptômes observés présentent des caractères différents. Nous étudierons séparément les deux formes principales de l'affection, la forme disséminée et la forme confluente, sans insister sur les variétés intermédiaires qui peuvent se présenter.

Première forme disséminée. — C'est de beaucoup la plus rare et aussi la plus mal connue. Elle frappe la plupart du temps des sujets déjà porteurs de lésions tuberculeuses viscérales. Elle inquiète fort peu la malade, échappe très souvent à l'examen clinique et peut n'être qu'une trouvaille d'autopsie : témoin ce cas de Billroth concernant une femme de vingt-six ans, entrée à la clinique pour tuberculose pulmonaire et morte trois jours plus tard. Ce fut seulement à l'autopsie qu'on découvrit dans l'un de

ses seins un grand nombre de foyers caséux de la grosseur d'un grain de mil. L'observation ajoute que le sein affecté était à peine plus gros que son congénère. Il en est presque toujours ainsi et quand on parle d'augmentation de volume, il s'agit généralement d'une tuméfaction à peine sensible.

Les téguments ne présentent non plus aucune modification. Ils sont souvent souples, de couleur normale et libres de toute adhérence. Le mamelon n'est pas altéré. La glande, saisie à pleines mains est parfaitement mobilisable sur les plans profonds ; si l'on vient à palper le tissu glandulaire lui-même, on y perçoit des noyaux indurés, séparés les uns des autres et indépendants. L'indolence de cette exploration et l'engorgement des ganglions axillaires souvent constatés, complètent les renseignements que nous procure ordinairement la palpation.

Quelquefois on rencontre une glande absolument farcie de tubercules petits et durs. On a alors l'impression de palper un organe « criblé de grains de plomb », sensation analogue à celle que peut procurer la maladie kystique de Reclus et qui pourrait rendre le diagnostic difficile surtout dans les cas où l'affection est bilatérale.

On peut encore trouver auprès de noyaux très petits, des noyaux plus volumineux qui grandissent peu à peu, subissent la dégénérescence caséuse,glomèrent pour donner finalement naissance à une masse unique molle et fluctuante. La variété intermédiaire entre la forme disséminée et la forme con-

fluente que nous étudierons plus loin, est ainsi constituée.

L'évolution de ces tubercules, difficile à préciser, s'effectue le plus habituellement avec une extrême lenteur. On a même vu les tubercules, au lieu de se caséifier, prendre une dureté de plus en plus grande et s'entourer d'une coque fibreuse arrêtant la marche du processus. Leur tendance à rester stationnaire a également été constatée. « Dans certains cas, disait Dubar, quatre ans s'étaient écoulés depuis le moment où les malades s'étaient aperçues de leurs lésions et le volume n'avait pas changé. » Héraud, au contraire, pense que la caséification fait de rapides progrès et que les produits de la fonte ne tardent pas à se déverser au dehors par de nombreuses fistules.

On ne connaît pas encore aujourd'hui l'exacte évolution de cette forme de tuberculose mammaire. Nos connaissances sont peu précises à ce sujet. Nous ne pouvons apporter aucun cas nouveau pour contribuer à éclaircir cette question.

2° *Forme confluente.* — Les observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent presque en totalité à cette forme de tuberculose mammaire. Son intérêt clinique est considérable et nous allons essayer de faire ressortir sa physionomie habituelle du milieu symptomatique complexe qui peut l'accompagner. Son mode de début est extrêmement variable. Tantôt le premier symptôme appréciable a été la douleur. Les phénomènes douloureux peuvent revê-

tir le caractère des névralgies intercostales, ou se traduire plus simplement par des picotements, des démangeaisons, des élancements surtout marqués au moment des règles.

Tantôt des accidents divers du côté de la peau et du mamelon ont seuls attiré l'attention au début. Orthmann a observé un cas dans lequel la tumeur s'était développée à la suite d'un noyau semblable à un furoncle. Krammer donne l'observation d'une femme chez laquelle un nodule tuberculeux s'était formé dans la mamelle à la suite d'une profonde ulcération au voisinage du mamelon. Dans un cas de Poirier une masse dure de nature tuberculeuse avait succédé à deux vésicules cutanées.

La rétraction progressive du mamelon a été observée quatre fois avant l'apparition de tout autre symptôme. Cette invagination a commencé à se produire deux ans avant la découverte de la tumeur chez une des malades de Dubreuil ; cinq ans auparavant dans un cas de Verneuil ; vingt et un mois dans un cas de Warden ; quelques semaines chez une des malades de Pataronni.

On rencontre aussi dans l'histoire des malades des adénites multiples : adénites cervicales, sous-hyoïdiennes, sus-claviculaires, comme dans les observations de Dubreuil et de Reboul. Leur importance est minime par rapport à celles qui se produisent du côté de l'aisselle. « Dans certains cas, dit Delbet, cette adénopathie existe de nombreuses années avant que la mamelle soit envahie. Les ganglions

ont suppuré, sont restés fistuleux, puis, à l'occasion d'une nouvelle poussée, ou même sans que rien de nouveau se soit passé du côté de l'aisselle, on voit une tumeur se développer dans le segment externe de la glande. » Lorsque la tuberculose du sein apparaît dans ces conditions il est relativement facile de porter un diagnostic. Malheureusement ce n'est pas ainsi que les choses se passent le plus habituellement. Dans la grande majorité des cas aucun symptôme n'est venu troubler la quiétude des malades. Ce n'est que par hasard, à l'occasion d'une toilette, par exemple, ou à la suite d'un traumatisme léger que la femme découvre dans l'un de ses seins la présence d'un noyau dur, mobile, de la grosseur d'un pois ou d'une amande. Les tubercules se sont déposés « à froid » dans la mamelle.

Cette tumeur indolente, qu'une cause fortuite a fait découvrir, préoccupe la malade, sans toutefois l'inquiéter outre mesure. Il est rare que le chirurgien soit dès ce moment appelé à la constater. Ce n'est généralement que quelques semaines, soit un ou deux mois plus tard, que la malade, effrayée par le volume de sa tumeur qui a pris un développement insolite, ou par le caractère des douleurs qui sont devenues plus vives et plus tenaces, se décide à consulter.

La tumeur possède alors le volume d'une noix ou d'un œuf. Elle occupe le sein droit de préférence. Les deux seins sont rarement affectés simultanément. Quel que soit l'organe malade, le processus

tuberculeux possède un siège de prédilection qui est le segment supéro-externe de la glande. C'est dans cette région que nous avons vu signaler sa présence 36 fois sur 55 cas. Viennent ensuite par ordre de fréquence, le segment interne, la portion centrale ou sous-aérolaire, puis le quadrant inférieur.

Le sein est quelquefois augmenté de volume dans son ensemble, mais la déformation est surtout sensible au niveau du segment glandulaire occupé par la tumeur. L'augmentation de volume est rarement considérable ; Dubar a pourtant vu le sein doublé de volume dans un cas. Exceptionnellement le sein du côté malade est plus petit que son congénère. Ce fait est mentionné dans une observation de Binaud, mais nous devons faire remarquer, qu'au moment où la malade s'est présentée à l'examen médical, sa tumeur était déjà fistuleuse.

Au premier abord la peau semble normale. On a noté parfois la présence d'une légère vascularisation superficielle, comme il est dit dans notre observation I. Cette vascularisation peut être plus accentuée. On l'a dans certains cas comparée à celle que présente la femme en pleine période de lactation.

Il n'est pas fréquent de rencontrer dès cette période une peau nettement adhérente à la tumeur. Elle est généralement libre d'adhérences, quoique déjà un peu infiltrée et si on cherche à la pincer on sent qu'elle se plisse mal sous le doigt. En pratiquant cette exploration on peut dans certains cas la voir se rider, se déprimer en certains points, présentant

ainsi d'une façon très atténuée, l'aspect décrit dans le cancer sous le nom de peau d'orange.

Le mamelon est le plus souvent normal. On l'a vu plus proéminent que celui du côté sain. Sa rétraction, à part les cas où l'affection a débuté par ce phénomène, n'est jamais très prononcée à ce moment.

Par le palper on reconnaît l'existence à l'intérieur même de la glande, d'une tumeur arrondie ou ovulaire, bosselée, irrégulière, mal délimitée et se continuant insensiblement, sans ligne de démarcation bien nette, avec le tissu glandulaire qui l'environne. Il est possible quelquefois de sentir, à côté d'elle, de petits satellites destinés à se réunir plus tard à la masse principale.

Le volume de cette tumeur est variable. Parfois elle ne dépasse pas celui d'un œuf ; dans d'autres circonstances, au contraire, elle peut atteindre un volume assez considérable, supérieur à celui d'un poing d'adulte. On peut facilement lui imprimer des mouvements dans tous les sens. Elle est parfaitement mobile avec le reste de la glande sur les plans profonds.

Sa consistance subit des modifications suivant que les tubercules sont encore à l'état de crudité, ou qu'ils ont subi la dégénérescence caséuse. A la sensation ferme du début, fera place une sensation d'élasticité, de fluctuation profonde qui deviendra ensuite de plus en plus évidente.

Si l'on vient à explorer le creux axillaire corres-

pondant au côté malade, on y découvrira presque constamment, la présence, en nombre variable, de ganglions durs, parfois mobiles et bien isolés. Peu à peu ils deviennent caséux et se réunissent en une masse qui, dans une observation d'Argellier, empâtait toute la région de l'aisselle. Cet engorgement ganglionnaire est un symptôme de grande importance. Nous avons vu plus haut qu'il précédait parfois la tumeur mammaire. Même lorsque la tumeur est primitive, l'envahissement de l'aisselle ne tarde généralement pas à se produire. « La tuberculose, bien qu'elle ait envahi les ganglions secondairement après la mamelle, évolue plus vite dans les premiers, comme si elle y trouvait un terrain plus favorable. » Ce développement rapide du processus dans les ganglions axillaires, fournit l'explication de ce phénomène si souvent observé dans la tuberculose du sein et qui consiste en une disproportion de volume entre l'adénite et la tumeur.

Tel est le cortège symptomatique habituel de la tuberculose du sein à sa période d'état. Des modifications profondes ne vont pas tarder à se produire tant du côté de la tumeur que du côté des téguments. Elles vont marquer une étape nouvelle dans l'évolution de notre affection.

Le volume de la tumeur s'est accru peu à peu. En faisant une exploration méthodique de sa paroi, on voit qu'elle n'offre plus sur tout son pourtour cette consistance ferme ou élastique du début. Il est possible d'y rencontrer une zone amincie, molle

et fluctuante, indice d'une collection liquide dans son intérieur. Cette fluctuation n'est pas toujours facile à dépister. La tension du liquide purulent à l'intérieur de la poche, l'épaisseur même de la coque qui l'entoure peuvent fournir des sensations trompeuses. L'exploration pratiquée avec la pulpe d'un doigt au niveau du point le plus culminant de la tumeur permettra le plus souvent d'éviter l'erreur.

Il est intéressant de noter en passant la rapidité avec laquelle cette fluctuation peut se manifester, Dans un cas de Pilliet, au moment du dernier examen clinique, fait avec le plus grand soin, la tumeur conservait sa consistance dure du début. Quatre à cinq jours plus tard, avant d'intervenir, le chirurgien explore de nouveau la tumeur et découvre cette fois une fluctuation d'une netteté parfaite. Nous pourrions répéter cette remarque à propos de quelques autres observations, nous nous contenterons de signaler une des observations de Morestin, dans laquelle la fluctuation s'est également produite très rapidement.

Il est classique d'admettre que la tumeur conserve sa mobilité sur les plans profonds pendant toute la durée de son évolution. C'est le fait le plus habituel, mais il serait erroné de conclure qu'elle reste libre d'adhérences profondes indistinctement dans tous les cas. Chez une des malades de Morestin, la tumeur adhérait au grand pectoral ; Pataronni a fait la même constatation chez une de ses malades. Il sera bon de

s'en souvenir, pour éviter, le cas échéant, une erreur de diagnostic.

Les ganglions axillaires sont généralement très altérés à cette période. Ils sont gros, volumineux, parfois suppurants. Cette règle générale souffre quelques exceptions. La malade qui fait l'objet de notre observation III, venait de voir sa tumeur s'ouvrir spontanément quand elle est venue consulter. On ne constatait cependant qu'un engorgement peu marqué des ganglions axillaires.

Quelquefois on trouve les ganglions reliés à la glande par une zone empâtée. Ce trajet est facile à palper dans certains cas, sous forme d'un cordon induré, indice de l'infection profonde des voies lymphatiques.

Il est dès lors très fréquent de rencontrer de la rétraction du mamelon. Dans près de la moitié des observations il est fait mention de ce signe. La dépression du mamelon en doigt de gant, peut dans certains cas être assez considérable pour permettre d'y introduire l'extrémité d'un doigt (obs. de Binaud). Argellier qui avait constaté ce signe dans 16 cas avec coexistence de fistules ouvertes près du mamelon, lui attribuait une origine cicatricielle. Cette interprétation n'est pas absolument exacte, car on le rencontre parfois avant l'existence de toute fistule. Avec Carles nous pensons qu'il est le résultat du travail prolifératif du tissu conjonctif qui arrive à créer de véritables adhérences entre les différents segments

glandulaires qu'il attire en arrière en même temps que le mamelon.

La peau ne reste pas indemne. On la voit s'altérer rapidement, s'amincir en certains points, prendre une coloration plus ou moins violacée et aboutir finalement à la perforation. « Lorsque les fistules sont bien établies, dit Dubar, la région a une physionomie spéciale et presque caractéristique. Sur une partie du sein volumineux dans son ensemble, existe une bosselure plus accusée, au niveau de laquelle se voient un ou plusieurs orifices fistuleux. Le peau est rouge et violacée ; elle adhère dans un certain rayon aux parties sous-jacentes. En arrière des fistules la palpation fait reconnaître des indurations plus ou moins étendues. En explorant les trajets fistuleux on trouve que le stylet s'enfonce à 2, 3 ou 4 centimètres dans l'épaisseur de la mamelle.

« Les adhérences de la peau à la glande ne s'observent qu'après une longue durée de la maladie et la cicatrisation de nombreuses fistules, et encore ces adhérences sont-elles peu étendues, uniquement limitées au pourtour du trajet fistuleux. Enfin toute la glande subit un empâtement diffus, même dans les points que n'occupe pas la tumeur. »

La collection purulente, avons-nous dit, se fait jour à l'extérieur par un ou plusieurs orifices cutanés. S'ensuit-il qu'il doive toujours en être ainsi et que le pus ne puisse prendre une autre direction, fuser par exemple en arrière de la glande vers le thorax ? Des cas de ce genre n'ont pas été constatés et doi-

vent être très exceptionnels. Ils ont néanmoins été signalés comme possibles par Obnacker.

Nous touchons au terme ultime de l'évolution de la tuberculose du sein. Cette évolution s'est accomplie sans troubles fonctionnels bien marqués. La température est restée normale et l'état général, surtout dans les formes primitives a fort peu souffert. Un symptôme, la douleur, est trop souvent mentionné pour être passé sous silence. Cette douleur peut n'être manifeste au niveau de la tumeur qu'à l'occasion d'une exploration. Parfois elle est spontanée et revêt des caractères variables. Comme les douleurs du début, elle peut se traduire par de simples picotements, des élancements au moment des règles accompagnés d'un écoulement par le mamelon. Tantôt elle est à peine sensible, apparaît et disparaît sans cause appréciable, comme chez la malade qui fait l'objet de notre observation II. Tantôt au contraire elle est vive et tenace au point d'enlever tout sommeil à la malade (obs. de Dubar). On l'a vue présenter des irradiations dans l'aisselle et même jusqu'au coude, comme chez les malades d'Argellier et de Gaudier et Péraire. Il arrive même parfois que la douleur, nulle dans le sein, est violente au contraire dans l'aisselle correspondante.

Cinq ou six mois se sont écoulés depuis le moment où la tumeur est apparue, jusqu'au jour où les fistules se sont formées. C'est la durée moyenne de l'évolution de la tuberculose du sein. Il est assez fréquent de rencontrer des écarts considérables en plus et en

moins dans la durée de cette évolution. Une de nos malades faisait remonter le début de son mal à deux ans. On a cité des cas où la tumeur découverte depuis six et même huit ans, avait à peine augmenté de volume. Il est possible que dans ces observations, comme le fait remarquer Delbet, la tumeur primitive était de nature quelconque et que la tuberculose n'est venue s'y greffer que plus tard.

Dans un cas de Pluyette, une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte d'une légère blessure au mamelon, vit brusquement une tuméfaction apparaître à ce niveau et aboutir en l'espace de quelques jours, à la suppuration. L'examen histologique de la tumeur fut pratiqué et on y découvrit la présence de bacilles tuberculeux. Dans un autre cas de Gaudier et Péraire, la marche de la lésion fut foudroyante. Elle s'accompagna de phénomènes inflammatoires intenses et aboutit en moins de huit jours à une véritable fonte purulente de la glande. On pensa à un carcinome à marche rapide, mais l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de tuberculose. Lorsque la tuberculose du sein se présente avec des allures cliniques aussi anormales, il est presque impossible de la reconnaître. Les faits de ce genre sont heureusement très rares et constituent de véritables formes atypiques de la maladie.

DIAGNOSTIC

Il suffit de consulter les documents relatifs à la tuberculose mammaire pour se rendre compte des nombreuses difficultés auxquelles on peut se heurter lorsqu'il s'agit de porter un diagnostic ferme et précis de cette affection. Des erreurs nombreuses ont été commises, on songeait tantôt à un noyau de mastite chronique, tantôt à un cancer. On ne connaît aucun signe pathognomonique de cette affection. Est-ce à dire qu'on doive considérer la tuberculose du sein comme destinée à être toujours méconnue ? Lorsqu'elle présente par exemple un début ganglionnaire, quand cette adénopathie s'est développée bien avant la tumeur et qu'entre les deux existe un cordon noueux, on doit reconnaître la tuberculose mammaire.

On n'est certes jamais à l'abri d'une erreur en clinique, mais nous pensons avec Delbet que lorsque l'affection apparaît dans ces conditions le diagnostic de tuberculose est le plus probable et que c'est celui qu'il faut faire. Il en sera de même lorsque la tumeur, bien que développée primitivement dans le sein, s'accompagnera d'une adénopathie axillaire

très accentuée et pourvue de caractères que nous avons indiqués en traitant des symptômes. Les antécédents tuberculeux des malades seront alors un signe de présomption qu'il ne faudra jamais dédaigner.

Par contre, le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables, dans les cas où viennent à manquer tous commémoratifs, lorsque la tumeur petite, mobile et dure, ne retentit que faiblement sur l'appareil ganglionnaire de l'aisselle. La confusion sera alors possible avec les différentes tumeurs du sein et il sera nécessaire pour les différencier de les énumérer toutes et de procéder pour ainsi dire par élimination.

Nous ne nous attarderons pas au diagnostic de la forme disséminée. Son intérêt clinique est médiocre et on ne peut guère la confondre qu'avec les mastites scléro-kystiques, maladie de Reclus, mammites noueuses de Tillaux et Phocas.

Il est bien plus important et aussi bien plus délicat de faire le diagnostic de la forme confluente. Toutes les tumeurs de la mamelle, à une période quelconque de leur évolution, peuvent la simuler. Le diagnostic devra se faire suivant les cas avec les tumeurs solides et liquides de cette région.

Tumeurs solides. --- Nous éliminerons rapidement les enchondromes, les myxomes, les lipomes, tumeurs d'un diagnostic parfois difficile, mais qui sont d'une extrême rareté. L'actinomycose est également une affection rare puisqu'en 1905, Poiteau ne pouvait

réunir que 15 observations. De même que pour la tuberculose, le début de cette affection est insidieux, très obscur et tout à fait variable. Ici encore une tumeur dure, à évolution lente, n'occasionnant au début aucun trouble fonctionnel. La tumeur est pourtant plus régulière et mieux circonscrite. De plus la réaction ganglionnaire ne s'observe presque jamais.

L'adéno-fibrome a une évolution beaucoup plus lente. Le tissu conjonctif mammaire lui forme une capsule qui lui donne une mobilité remarquable. Lorsqu'on le palpe on croit sentir une bille rouler sous les doigts. Cette mobilité n'est jamais aussi prononcée dans la tuberculose du sein.

Le sarcome ne pourra prêter à confusion qu'à son début, lorsque la tumeur circonscrite, bosselée et mobile, augmente lentement de volume. Sa marche deviendra bientôt plus rapide; on rencontrera sur la tumeur des bosselures et des saillies volumineuses, des points d'inégale consistance, durs en certains endroits, ramollis dans d'autres. De grosses veines apparaîtront sur la peau qui deviendra luisante et tendue. Enfin la généralisation se faisant par le courant sanguin, on ne découvrira d'adéno-pathie axillaire qu'à la période terminale, lorsque la peau sera déjà ulcérée.

Les gommes syphilitiques seront parfois difficiles à éliminer. On ne peut guère affirmer le diagnostic que lorsqu'on constate chez la malade d'autres lésions

syphilitiques. Dans le doute on instituera un traitement spécifique.

On a souvent confondu la tuberculose mammaire avec un noyau de mastite chronique. On comprend que le diagnostic est souvent fort embarrassant, quand on songe que la tuberculose mammaire peut être une manifestation unique de l'infection tuberculeuse, et qu'un tuberculeux peut être atteint de mammite chronique. La consistance des noyaux de mammite, qui viennent compliquer la lactation, est en général plus dure que celle des noyaux tuberculeux. Leur situation est le plus souvent centrale, leur évolution plus lente, plus irrégulière et aboutissant plus rarement à la suppuration. De plus l'engorgement ganglionnaire n'est pas la règle ; on ne la rencontre que 4 fois sur 20 environ.

Il est également difficile de distinguer la tuberculose du sein d'un cancer au début. Le diagnostic est basé théoriquement sur les caractères de la tumeur cancéreuse, dure, irrégulière, à prolongements ramifiés dans le derme ; le phénomène de la peau d'orange est beaucoup plus marqué que dans la tuberculose ; le mamelon est plus vite rétracté, en outre l'engorgement des ganglions axillaires est plus tardif et évolue plus lentement. Les erreurs resteront néanmoins fréquentes, mais seront sans conséquence grave, puisque le traitement doit être le même dans les deux cas.

Il survient parfois chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire, une hypertrophie de la

mamelles étudiées par Leudet, Klippel, Blomfield. C'est une prolifération de tissu fibreux entre les canaux et les acini glandulaires. Cette prolifération se fait sur la totalité de la glande. La dureté uniforme de l'organe, l'absence d'induration partielle sont des renseignements que l'on ne trouve pas dans la tuberculose du sein.

Tumeurs liquides. — Parmi les tumeurs liquides du sein, nous ne ferons que citer les kystes séreux et hématiques qui sont des raretés pathologiques. Les kystes hydatiques sont également loin d'être fréquents et leur diagnostic n'a jamais été fait qu'après une ponction exploratrice ramenant le liquide caractéristique.

Le galactocèle peut simuler à s'y méprendre la tuberculose du sein, par sa forme arrondie, par son inégale consistance suivant le degré de tension du liquide à son intérieur. Le début de cette affection au moment du sevrage ou pendant la durée de l'allaitement, son évolution traînante, la constatation par pression sur la tumeur du lait qui vient sourdre en abondance au mamelon, affirmeront la nature du mal.

Les abcès superficiels se développent rapidement, la peau est vite altérée et l'on peut sentir en arrière la glande non intéressée.

Les difficultés seront surtout sérieuses lorsqu'il s'agira de faire le diagnostic entre notre affection et les abcès froids rétro ou intra-mammaires d'origine extra-glandulaire. Ces abcès sont de véritables abcès

par congestion, venus d'une carie costale ou sternale ou bien encore d'un ganglion. Nos maîtres les D^{rs} Hardouin et Marquis, en se basant sur 41 observations, ont fait de ces abcès rétro et intra-mammaires une excellente étude. Nous leur empruntons ce point de diagnostic très délicat (1). « Tout d'abord on peut prendre un abcès froid rétro-mammaire pour un abcès froid de la glande et d'autre part on peut croire à une tuberculose primitive de la mamelle avec abcès, tandis qu'on se trouve en présence d'un abcès froid, intra-mammaire il est vrai, mais d'origine thoracique, migrateur et primitivement rétro-mammaire.

Dans la première hypothèse, le diagnostic est rarement fait, probablement parce que l'attention n'a pas été jusqu'ici suffisamment attirée sur leur appareil symptomatique. Beaucoup ont été considérés comme des abcès froids de la glande, et malheureusement les observations sont en général trop incomplètes au point de vue anatomo-pathologique pour qu'on puisse rétrospectivement affirmer le siège exact du pus.

Chez une malade de Johannet, nous voyons sous le titre de tuberculose du sein, décrire une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à terme ; la peau est lisse, unie, intacte. La mamelle tout entière contribue à former la tumeur ; elle est pour ainsi dire soulevée ; sa base élargie s'étend de la deuxième à

1. *Revue de Chirurgie*, 10 juin 1908.

la huitième côte. Le mamelon se dessine en relief à sa place habituelle et sur tous les points on trouve une tension et une résistance qui simule assez bien une mamelle dans les premiers jours de lactation.

N'est-ce pas là décrit d'une façon saisissante, le tableau clinique caractéristique des abcès froids rétro-mammaires ?

Evidemment, c'est le diagnostic clinique. Il se peut que, conjointement à la collection principale, il se produise plus tard des noyaux dans le sein. Ils pourront même arriver dans la suite à y prendre une part prépondérante, mais leur développement intra-glandulaire ne tardera pas à nous fournir d'autres symptômes du côté de la peau et du mamelon.

Le diagnostic se fera surtout ici en s'appuyant sur les signes propres aux collections rétro-mammaires. On cherchera s'il n'est pas possible de sentir les granulations fines de la glande étalées au devant de la tumeur. On constatera l'intégrité de la peau, l'absence de nodosités, de bosselures dures, dans la mamelle, la parfaite homogénéité de la tumeur, l'absence assez fréquente de ganglions axillaires, la saillie du mamelon, l'élargissement de la base du sein.

Beaucoup plus difficile sera de faire le diagnostic de tuberculose primitive de la mamelle avec la tuberculose de cet organe résultant de la propagation intra-mammaire d'un abcès froid thoracique. Il est évident que bien des erreurs ont été commises dans ce sens. Disons cependant que les très nombreux

travaux parus depuis quelques années sur la tuberculose mammaire ont mis hors de doute la possibilité d'une localisation primitive de l'affection dans cet organe. Il n'en est pas moins vrai que beaucoup d'auteurs ont décrit comme tuberculose du sein, des lésions nettement secondaires à des altérations thoraciques.

Le diagnostic peut être relativement facile. La tuberculose du sein, quelle qu'en soit son origine, se caractérisera par ses symptômes habituels : points ramollis à côté de masses indurées, sein déformé, mamelon rétracté, et plus tard, suppurations multiples avec lésions habituelles de la peau. Songez alors à rechercher deux points importants.

Existe-t-il en arrière du sein un cordon induré, plus facile encore à sentir en énucléant la mamelle en avant, et se dirigeant par un trajet plus ou moins oblique vers les parois du thorax ? si oui, vous pouvez affirmer l'infection secondaire de la glande, et la présence d'un point douloureux osseux viendra montrer le point de départ de la lésion.

D'autre part, avant la période d'ulcérations, la tuberculose primitive de la glande s'accompagne toujours de ganglions axillaires. Au contraire, ceux-ci sont rares et tardifs dans la tuberculose secondaire de la mamelle à moins que la malade n'ait des lésions tuberculeuses au sommet du poumon, car dans ce cas on peut voir l'infection partir de là et atteindre les ganglions de l'aisselle. »

A la période terminale de l'affection, lorsque le

sein suppure par un ou plusieurs orifices fistuleux, on ne peut guère méconnaître la tuberculose.

On ne confondra pas ces fistules avec les larges ulcères du sarcome, ulcères à bords amincis et dont le fond est couvert de bourgeons exubérants.

Les ulcérations du squirrhe, larges, à bords adhérents, suintantes plutôt que franchement purulentes, sont tout à fait caractéristiques du néoplasme malin. D'ailleurs l'état général des malades est profondément atteint à cette période. Leur maigreur, leur teint jaune paille, traduiront la cachexie cancéreuse.

Les fistules de l'actinomycose à bords déchiquetés, larges et entourés sur une assez grande étendue d'une peau rouge lie de vin, saignant à la moindre pression et d'une façon assez notable, se distingueront facilement, sans qu'il soit besoin de vérifier l'état des ganglions axillaires qui sont presque toujours intacts.

En résumé, on voit que le diagnostic de la tuberculose du sein, relativement facile dans certains cas particuliers, sera dans d'autres cas très incertain. Dans le doute, la ponction et l'incision exploratrices constitueront pour le chirurgien une précieuse ressource.

PRONOSTIC

Pour se faire une idée aussi précise que possible du degré de gravité de la tuberculose du sein, il est indispensable d'envisager le pronostic au point de vue local et au point de vue de la vie.

Nous étudierons d'abord l'influence d'une pareille lésion sur les fonctions physiologiques de la glande ; nous essaierons ensuite d'établir quelle répercussion elle peut avoir sur l'état général du sujet qui en est atteint.

Au point de vue local, la tuberculose du sein est une affection sérieuse. Abandonnée à elle-même elle envahit la plus grande partie, voire même la totalité de la glande. On ne peut guère compter sur une régression spontanée. Sa marche envahissante est continue et le sein est bientôt réduit à l'état de masse informe, bosselé en certains endroits, rétracté ailleurs, criblé de fistules par lesquelles s'éliminent avec le pus les débris des cellules épithéliales altérées. Qu'on intervienne à ce moment, c'est le sacrifice complet de la glande, l'amputation totale qui s'impose.

Mais les lésions n'ont pas fatalement cette évolu-

tion destructive. Le tubercule étant, suivant la formule de Grancher, une néoplasie à tendance fibro-caséuse, peut aboutir dans le cas particulier, exceptionnellement il est vrai, à la guérison spontanée. Quelques rares faits de ce genre ont été mentionnés. Même dans ces cas, n'est-on pas en droit de faire des réserves relativement au bon fonctionnement ultérieur de la glande ? La guérison ne peut se produire que grâce à un travail réactionnel intense du tissu conjonctif de l'organe affecté. Cette production fibreuse de défense, tout en combattant les effets du mal, encercle et étouffe les éléments nobles de la glande. Il est douteux qu'une fois le résultat obtenu, la glande puisse trouver en elle assez d'éléments sains pour se régénérer complètement et récupérer d'une manière intégrale ses fonctions physiologiques.

De plus on sait avec quelle facilité la récurrence peut se produire, alors même qu'un traitement rationnel aurait pu faire penser qu'on avait définitivement débarrassé la malade de sa lésion. On a vu les opérées revenir au chirurgien, quelques mois, quelques années après l'intervention, avec une lésion semblable à la première. La récurrence s'est produite tantôt au niveau du siège primitif de la tumeur, tantôt sur un segment de la glande primitivement respecté.

Chose curieuse, un sein qui a échappé à une première atteinte, peut être lui-même frappé de tuberculose dans la suite. Piskacek rapporte que deux ans après l'amputation d'un sein tuberculeux, l'autre sein

fut pris à son tour. L'histoire d'une des malades de Walter et Pilliet est analogue à la précédente. Opérée pour une tumeur tuberculeuse du sein gauche, cette femme vit apparaître quelques jours plus tard, dans le sein droit, un noyau tuberculeux situé immédiatement en dehors du mamelon et qui atteignit rapidement le volume d'une noix.

Il ne faudrait pourtant pas exagérer la gravité du pronostic local. Les résultats seront toujours en rapport avec la valeur du traitement institué. A la séance du 19 février 1907, Morestin a présenté à la Société de Chirurgie, une jeune femme ayant subi en 1899 l'ablation partielle d'un sein pour une tuberculose demeurée guérie et allaitant son enfant du côté opéré. Ce fait, mieux que tous commentaires, démontre qu'on a tout à espérer d'un traitement précoce et bien conduit.

Une complication qui viendrait assombrir gravement le pronostic, serait la transformation épithéliomateuse de la tuberculose du sein. Une pareille éventualité mérite d'être envisagée. Il est surabondamment prouvé aujourd'hui qu'il n'y a pas antagonisme entre la tuberculose et le cancer. On a vu plusieurs fois des cancroïdes apparaître sur de vieilles lésions lupiques. Pour ne pas nous écarter de notre sujet, nous signalerons ce cas de Franco constatant la coexistence de tuberculose et de cancer dans les ganglions axillaires correspondant à une glande malade.

Ricker rapporte l'histoire d'une femme qui fut opérée pour une tumeur classée sarcome du sein d'après

son seul aspect. Cette femme fit une récurrence deux ans après et mourut de généralisation sarcomateuse. L'autopsie fut pratiquée et on constata dans le sein la présence de deux tumeurs. L'examen histologique démontra la nature sarcomateuse de l'une d'entre elles. L'autre était nettement tuberculeuse et contenait des cellules géantes et des bacilles en assez grande quantité. Les lésions tuberculeuses parurent très anciennes, et Ricker pensa que la tumeur primitive du sein était tuberculeuse et qu'elle subit la transformation maligne après son ablation. Ce n'est là qu'une hypothèse, la nature de la lésion première n'ayant pas été vérifiée, hypothèse très vraisemblable cependant et qui mérite d'être prise en considération.

Quel est maintenant le pronostic « *quoad vitam* » de notre affection ? On peut répondre d'une façon générale à cette question en disant que la tuberculose du sein n'entraîne pas par elle-même la mort des malades. La localisation du processus tuberculeux dans la mamelle ne peut avoir qu'une répercussion fâcheuse sur l'état général du sujet. Pour formuler un pronostic exact il faut faire la part des choses et tenir grand compte des antécédents personnels des malades. Il sera certainement grave chez les sujets qui portent déjà des lésions bacillaires plus ou moins avancées, en particulier des lésions de tuberculose pulmonaire.

L'état général attire surtout l'attention dans ces cas, et il est clair qu'une longue suppuration du côté

du sein, en affaiblissant la malade, ne pourra que hâter l'évolution de ses lésions viscérales.

Lorsque la tumeur du sein apparaît comme première manifestation tuberculeuse chez des individus sains et vigoureux, le problème est plus difficile à résoudre d'une façon absolue et cela pour deux raisons : d'abord parce que la plupart des malades n'ont pas été revues après leur opération, ensuite parce que les renseignements portent quelquefois sur un temps tellement limité qu'il n'est pas possible d'en tirer une conclusion. Il serait pourtant intéressant de savoir si la tuberculose primitivement localisée dans la glande est destinée à infecter rapidement l'organisme et quel est le rang de gravité qu'on doit lui accorder parmi les autres affections tuberculeuses locales.

Il y a seulement quelques années, la tuberculose même primitive du sein était considérée comme une affection de haute gravité. Sur 6 malades suivies par Delbet, 2 seulement ont été revues bien portantes, l'une neuf mois, l'autre trois ans après l'opération. Des 4 autres, 2 sont mortes de tuberculose pulmonaire. Cette statistique n'était pas faite pour modifier l'opinion de l'époque. Aujourd'hui il est permis d'envisager cette question sous un jour plus favorable. Argellier a recueilli 6 cas dans lesquels aucune généralisation ne s'était produite un an environ après l'opération. Nos 3 malades sont en ce moment en excellente santé. Le renseignement porte pour l'une d'entre elles, sur une durée de

quatre ans. Des 2 autres, l'une a été opérée il y a huit mois, la seconde il y a six mois.

La statistique récente de (1) Braendle est surtout instructive à cet égard. Elle porte sur 15 malades qui furent traitées chirurgicalement pour tuberculose primitive du sein. Deux d'entre elles succombèrent plusieurs années après leur sortie de la clinique, à des lésions de tuberculose pulmonaire. Les 13 autres ont été revues bien portantes, quatre, huit et onze ans après leur guérison. L'une des 13 a été revue en parfait état seize ans après son opération, une autre dix-neuf ans après.

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour nous permettre de partager l'optimisme de Braendle qui considère la tuberculose primitive du sein, comme moins grave que la plupart des affections tuberculeuses locales.

Avant de clore cette question du pronostic, nous devons consacrer quelques lignes, à celle non moins intéressante de la contagion de l'enfant par le lait de la mère atteinte de mammitte tuberculeuse. Elle sort un peu du cadre que nous nous étions tracé au commencement de ce chapitre, mais elle apparaît si importante par les mesures prophylactiques qu'elle commande que nous ne pouvons la passer sous silence. Nous avons déjà vu la large place qu'occupe la grossesse et la lactation dans l'étiologie de la tuberculose mammaire. Y a-t-il quelque danger pour

1. Beit. z. Klin. Chir., 1906, Band I.

l'enfant à prendre le sein de sa mère lorsque celle-ci est atteinte de mammites tuberculeuses ? Les cas de contagion ont été rarement cités ; sans doute parce que des mesures sévères ont été prises, avant que l'expérimentation ait apporté des preuves certaines de contagion. Cependant Hebb raconte l'histoire d'une femme atteinte d'hémoptysie et de mammites tuberculeuses qui eut 8 enfants dont 5 moururent de tuberculose.

Il est permis de penser que les choses se passent chez la femme comme chez les animaux. Or, si les discussions ne sont pas closes sur le fait de savoir si le lait d'un sujet atteint de tuberculose viscérale doit être considéré comme dangereux, les expérimentateurs sont d'accord pour admettre la contagion par le lait dans les cas de mammites tuberculeuses. Koch, dont l'opinion en matière de tuberculose est toujours intéressante à noter, s'exprimait ainsi à ce sujet : « Pour que l'infection soit possible, il faut que le lait renferme des bacilles ; or, c'est ce qui ne paraît se réaliser que quand les glandes mammaires elles-mêmes sont tuberculeuses. » Cette déclaration nous dicte notre devoir, qui est de soustraire l'enfant au sein de la mère atteinte de mammites tuberculeuses.

TRAITEMENT

A l'origine de l'histoire de la tuberculose du sein, l'intervention chirurgicale ne jouissait pas de la grande faveur qu'on lui accorde à l'heure actuelle. Les auteurs pensaient qu'il fallait se comporter à l'égard des tubercules confluents abcédés comme à l'égard des abcès simples. Parfois même l'éventualité de la moindre intervention chirurgicale n'était pas envisagée et l'on se bornait à donner aux malades des soins médicaux. Warren, cité par Velpeau, raconte l'histoire d'une malade chez laquelle une tumeur tuberculeuse du sein gauche guérit par l'application de topiques. Le même auteur rapporte 2 observations de tumeurs scrofuleuses du sein et affirme que ces tumeurs finissent par guérir, sans qu'il soit besoin d'en pratiquer l'extirpation, et qu'elles réclament plutôt l'emploi de médications générales.

Cette opinion ne saurait prévaloir aujourd'hui. L'évolution de la tuberculose du sein est connue d'une façon assez précise. On sait qu'elle a peu de tendance à la régression spontanée et que livrée à elle-même, elle aboutit presque fatalement à l'envahissement complet et à la destruction de la glande. Il importe donc de l'arrêter le plus tôt possible dans

sa marche. La médication générale sous toutes ses formes, tout en constituant la base du traitement, ne peut être que l'auxiliaire très précieux de la chirurgie sans laquelle on ne doit pas espérer la guérison des malades. Cette idée est à peine discutée actuellement. Parmi les observations publiées dans ces dernières années, nous n'en trouvons qu'une qui mentionne l'emploi exclusif de la médication générale, le diagnostic de tuberculose mammaire étant posé. Elle concerne une malade du Dr Gangolphe, chez laquelle une tumeur tuberculeuse du sein s'était déjà compliquée d'une fistule. La peau était rouge, la région de l'aisselle très douloureuse et empâtée. On prescrivit un traitement médical. Sous son influence la coloration violacée de la peau disparut rapidement ; les signes inflammatoires subirent une prompte régression et au bout d'un mois la malade put quitter l'hôpital en bon état. Nous ne discutons pas le diagnostic clinique de cette tuberculose du sein qui s'est accompagnée de phénomènes inflammatoires intenses et qui aboutit à une guérison presque complète après un mois seulement d'un traitement général. Nous ne citons ce cas que pour mémoire, ne comptant en tirer aucune déduction pratique.

Von Eberts, dans une communication toute récente, fait grand éloge de la tuberculine comme agent thérapeutique dans les affections tuberculeuses locales et dans la tuberculose du sein en particulier. « Je crois qu'il est suffisamment prouvé aujourd'hui, dit-il, que l'emploi de la tuberculine dans les affections

tuberculeuses locales, donne des résultats qu'on n'oserait espérer si l'on n'y avait pas eu recours. » Il préconise surtout la tuberculine du Dr Vaughan qui ne renferme aucun produit toxique et qui réduit à leur minimum les troubles fonctionnels chez les malades. Cette tuberculine doit s'administrer d'une façon régulière tous les dix jours ou toutes les deux semaines pendant un an. La dose initiale pour un adulte de poids moyen ne doit pas excéder 1/1500 de milligramme. En aucun cas il ne faudra dépasser 1/1000. On devra s'en tenir à la dose du début toutes les fois que les injections seront accompagnées de troubles fonctionnels, tels que maux de tête, fièvre, lassitude générale. On se heurtera souvent à une hypersensibilité spéciale chez les malades. Il sera bon dans ces cas d'interrompre le traitement pour le reprendre plus tard si on le juge nécessaire. Ainsi compris, le traitement par la tuberculine, appuyé par un traitement général minutieusement décrit par Von Eberts, donnerait des résultats inespérés. L'auteur insiste beaucoup sur les avantages de cette méthode qui permettrait d'obtenir la guérison des malades, dans les cas de tuberculose primitive, sans qu'il soit besoin d'intervenir chirurgicalement. Notre expérience personnelle ne nous permet pas de formuler ici une opinion. L'entrée de la tuberculine dans la thérapeutique de la tuberculose mammaire est d'ailleurs de date trop récente et nous laissons à l'avenir le soin de juger cette méthode.

La ponction suivie d'injections modificatrices, d'une

très grande utilité dans le traitement de la plupart des abcès froids de l'économie, a été rarement employée dans la tuberculose du sein. Elle ne semble pas, il est vrai, constituer un traitement rationnel de cette affection. Est-ce à dire qu'il faille la rejeter complètement comme une méthode sans avantage ? Nous ne le pensons pas. Une des malades de Cunéo fut ainsi traitée. Des ponctions suivies d'injections d'éther iodoformé furent pratiquées et déterminèrent une régression très notable du mal. La tumeur qui était du volume d'un gros œuf au début, avait à peine celui d'une amande quand la malade quitta l'hôpital se considérant comme guérie. Deux ans plus tard, au moment d'une grossesse, la tumeur réapparaît. On institua le même traitement que précédemment et cette fois encore il fut suivi de bons résultats. Un an après sa sortie définitive de la clinique, cette malade fut revue et on constata que son état local était très satisfaisant.

Ce procédé permet d'atteindre et de modifier par un processus de sclérose le noyau principal ; mais les solutions médicamenteuses ne peuvent étendre leur action au delà de la coque fibreuse qui entoure ce noyau. Elles laissent ainsi intactes les granulations secondaires qui très souvent sont semées autour de lui et qui peuvent continuer en toute sécurité leur marche envahissante. C'est donc courir au devant d'une récurrence que d'y avoir recours. Il peut néanmoins trouver ses indications. C'est ainsi qu'il sera d'un grand secours et constituera une précieuse res-

source dans les cas où la malade se refuse à toute intervention sanglante, ou lorsque son mauvais état général ne permet pas de pratiquer l'extirpation totale de sa tumeur.

Nous n'insisterons pas sur l'incision simple accompagnée de drainage. Cette méthode thérapeutique que l'on trouve assez souvent mentionnée, n'a guère été employée que sous le couvert d'une erreur de diagnostic. Elle a presque toujours été suivie d'insuccès. Les quelques cas de guérison constatés n'ont été obtenus qu'après une longue période de suppuration et de fistules interminables.

L'incision suivie de curettage et de cautérisation énergique de toutes les anfractuosités de la poche, est déjà préférable. Elle a donné de bons résultats chez deux de nos malades. L'abcès drainé pendant quelques jours, est resté fistuleux quelques semaines, puis s'est définitivement cicatrisé. Ce procédé qui compte à son actif de nombreux succès, serait excellent si l'on était certain d'atteindre tous les foyers tuberculeux et de supprimer par le fait toutes les sources d'infection. Mais nous pouvons répéter à son sujet la même critique qu'à propos des injections modificatrices. Ici encore, la distribution des granulations tuberculeuses à une distance plus ou moins éloignée des parois du foyer principal, explique pourquoi ce mode d'intervention ne permet pas d'espérer une guérison définitive.

L'extirpation totale de la tumeur en empiétant sur les tissus sains, est le procédé le plus recomman-

dable. C'est le procédé de choix qui gardera les malades des dangers de la récidence et permettra d'obtenir la réunion par première intention.

Il est des cas où cette intervention que nous conseillons aussi large et aussi précoce que possible, ne saurait être pratiquée.

Elle serait inutile, parfois même nuisible, chez un sujet présentant des lésions pulmonaires avancées. L'état local attire peu l'attention dans ces cas, le pronostic étant complètement subordonné au mauvais état général. Il serait peut-être bon également, pour éviter de trop graves mutilations chez les malades, de ne pas tenter une opération trop radicale, dans les cas où l'affection est disséminée dans les deux seins.

Enfin, dans les formes disséminées, lorsque les tubercules ont une tendance à régresser, ou, comme c'est le cas le plus fréquent, à rester stationnaires et que l'organisme lutte avec succès, l'amputation paraît contre-indiquée. Nous ne considérons pas l'état de grossesse comme une contre-indication absolue à l'intervention.

Les circonstances établiront la conduite à tenir, et dans certains cas, il y aura avantage à respecter la malade jusqu'à la fin de sa gestation.

La modalité de l'intervention dépendra de la forme anatomique et de l'étendue des lésions. S'agit-il d'une tumeur unique, peu volumineuse, sans réaction bien marquée du côté des ganglions axillaires, l'amputa-

tion cunéiforme en empiétant largement sur les tissus sains, peut suffire.

L'opérateur pourra quelquefois ne pas s'inquiéter des ganglions axillaires. Ceux-ci peuvent régresser et disparaître sans qu'il soit besoin d'intervenir à leur niveau.

Il ne faudrait pas trop généraliser cette pratique. Le chirurgien sera seul juge des cas qui se présenteront devant lui.

La plupart du temps, l'extirpation des ganglions axillaires sera le complément indispensable de toute opération pour la tuberculose du sein.

Dans le but de ménager l'esthétique de la région mammaire, on a préconisé différents procédés opératoires. Celui de Léon Tripier qui consiste à réunir la plaie par deux plans de suture, un pour la peau et un pour la glande, laisse après lui une cicatrice peu apparente, et peut trouver ses indications.

Le procédé de D. Mollière qui fait porter l'incision dans le pli sous-mammaire, a le mérite de soustraire la cicatrice à la vue. Cette incision sera de dimensions suffisantes pour pouvoir faire basculer complètement la glande en arrière et permettre ainsi d'extirper facilement les parties lésées.

Toujours dans un but esthétique, le professeur Villar, afin de conserver à la glande son capitonnage naturel, a tenté une modification heureuse dans ces dernières années. « Ayant à intervenir chez une malade, nous dit Patarroni, après avoir enlevé la glande et les tissus qui l'environnaient, le Dr Villar

eut l'idée de greffer sur le muscle pectoral de celle-ci une portion de la glande mammaire absolument saine, extirpée chez une jeune femme opérée pour un abcès froid costal rétro-mammaire et chez laquelle on était obligé de sacrifier le sein. Cette glande ayant été enlevée avec quelques lambeaux musculaires, fut portée sous les téguments de la première malade, contre une portion du grand pectoral préalablement avivée. La peau fut rabattue et suturée au crin de Florence et un petit drain placé au point le plus déclive de la plaie opératoire. » Cette tentative de greffe n'a pas donné tous les résultats qu'on en espérait. Le sein opéré bien qu'étant d'un volume moindre que son congénère, n'était cependant pas absolument plat, comme il serait advenu si cette tentative de greffe n'avait pas été faite.

Quel que soit le mode d'intervention que l'on choisisse, on devra toujours se souvenir qu'une opération complète, dépassant la zone malade est nécessaire. Comme le dit Reclus, « s'il n'y a pas grand avantage opératoire à faire des économies de la glande, il y a, dans les cas douteux, grande sécurité thérapeutique à consentir aux larges sacrifices ».

Dans les cas de tuberculose confluente, lorsque la tumeur est volumineuse, lorsque la palpation aura permis de sentir des granulations secondaires autour de la masse principale ; dans les cas de tuberculose disséminée avec tendance au ramollissement et à la fonte caséuse, une opération plus radicale que la précédente, s'impose. On enlèvera à la fois et en

bloc, la glande mammaire tout entière, les ganglions de l'aisselle et tout le trajet lymphatique intermédiaire infecté. En un mot on interviendra de la même façon que lorsqu'on se trouve en présence d'un néoplasme mammaire.

OBSERVATION IV

(Von Eberts. — *The american journal of the medical sciences*, 1909.)

Tuberculose primitive du sein

K... M., vingt-quatre ans, célibataire. Se plaint de douleur et de tuméfaction au sein droit.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade déclare qu'elle eut à l'âge de dix-sept ans une pneumonie qui guérit normalement. De plus, au printemps de l'année 1904, un nodule s'est formé dans le sein droit, à l'endroit où siège la grosseur actuelle. Ce nodule a augmenté progressivement de volume et au bout de trois mois s'est ouvert à l'extérieur. La suppuration a persisté pendant quatre mois environ. On porta à cette époque le diagnostic « d'abcès froid ». Depuis 1904, cette femme a vécu en bonne santé.

Etat actuel. — Le 20 mars 1908, la malade ressentit de nouveau des douleurs au sein droit, puis elle constata la présence d'une tumeur à la partie externe de ce sein, un peu au-dessous du mamelon.

Actuellement (27 mars 1908) la malade mange de bon ap-

pétit et paraît en excellente santé. Les muqueuses sont bien colorées. Le sein gauche ne présente ni augmentation, ni diminution de volume.

A la partie externe du sein droit, un peu au-dessous du mamelon, au voisinage de l'aréole, on constate la présence d'un nodule de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau à ce niveau présente une coloration bleuâtre. Le mamelon est légèrement rétracté.

A la palpation, le sein tout entier est sensiblement plus ferme qu'à l'état normal. La glande est complètement mobile sur les plans sous-jacents.

La tumeur, dure au toucher, présente un point où l'on peut sentir une légère fluctuation. Elle est entourée d'une zone d'infiltration qui se continue insensiblement avec le tissu glandulaire environnant. La fluctuation n'est pas nette.

La peau n'est pas rouge et on ne constate pas d'augmentation locale de température. Dans l'aisselle du côté droit existe un ganglion mou, de la grosseur d'un pois.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux reste négatif. On ne constate pas d'engorgement ganglionnaire ailleurs que dans l'aisselle du côté droit.

L'analyse des urines n'a rien présenté de particulier. La température prise à 4 heures du soir est de 36° 7.

30 mars. — Légère augmentation de la zone fluctuante.

On retire de l'abcès avec les précautions aseptiques ordinaires 2 centimètres d'un pus grisâtre. Des cultures faites sur sérum n'ont donné aucun résultat. L'examen histologique a montré, dans le pus, la présence de nombreux leucocytes polynucléaires, mais pas de bactéries. Quelques gouttes de pus furent également inoculées dans la suite à un cobaye.

4 avril. — On ampute le sein droit sous chloroforme, sans toucher aux ganglions axillaires. La malade n'a rien présenté de particulier pendant sa convalescence.

Anatomie pathologique. — A l'œil nu, après une section transversale pratiquée sur le corps de la glande, la tumeur présente les apparences d'un tissu sarcomateux.

Les surfaces de section offrent un aspect glaireux. Au-dessous du mamelon, sur le côté externe de la glande, la peau adhère à la tumeur. A ce niveau on rencontre une cavité contenant du pus grisâtre. Cette cavité est entourée d'une zone d'infiltration très dense, à caractères inflammatoires, de la grosseur d'une noix environ. Cette zone ne présente qu'un seul point caséux gros comme un pois.

Les réparations microscopiques présentent une quantité considérable de leucocytes polynucléaires, mais pas de bactéries. Sur des coupes colorées, pratiquées dans la paroi qui entoure la cavité de l'abcès, on voit de nombreux tubercules récents, avec des cellules géantes.

Le Dr Duval pense que le bacille pouvait appartenir à l'espèce qui frappe les bovidés, à cause de la marche rapide de l'affection, du grand nombre de leucocytes polynucléaires et du caractère aigu du processus histologique.

Traitement post-opératoire. — Depuis son opération la malade est soumise à un traitement général. On lui fait en outre tous les dix jours une injection de 1/1500 de milligramme de T.R. (Tuberculine.)

Lorsque cette femme a été vue pour la dernière fois, en octobre 1908, son état général était excellent.

Son poids a augmenté de 8 kilos durant ces derniers mois.

OBSERVATION V

(Morestin.)

Tuberculose du sein chez l'homme

Le malade est un cuisinier de cinquante ans qui a passé à Saint-Louis, isolement, n° 8, le mois de mars 1902. En dépit de sa profession, il n'est pas notoirement alcoolique. Sa santé est médiocre depuis longtemps déjà, bien qu'il soit en apparence robuste, et solidement charpenté. Il a eu une pleurésie du côté droit, il y a quatre ans, et plus tard des bronchites répétées et tenaces. Cependant ce n'est pas un tuberculeux avéré. L'état général est assez bon, le teint est d'une pâleur jaunâtre, mais au dire du sujet, c'est une pâleur habituelle, imputable à sa profession, qui l'oblige à vivre devant les fourneaux, dans les sous-sols. C'est sur nos conseils qu'il consent à interrompre son travail. Depuis cinq mois il a constaté une augmentation du volume du sein droit, survenue lentement et sans aucune douleur. Encore maintenant il ne souffre nullement, et la palpation même prolongée et minutieuse n'éveille aucune sensation désagréable.

L'augmentation de volume est très manifeste, la mamelle formait un relief comparable à la moitié d'un œuf, coupé en travers. Il n'y a aucune altération des téguments. Le mamelon, occupant la partie plus saillante de l'éminence, est lui-même parfaitement sain ; il n'est pas rétracté et n'est le siège d'aucun écoulement.

La palpation ne permet de sentir rien autre chose qu'une

sorte d'empâtement diffus de la glande, qui est ferme, mal limitée, sans bosselures, sans points durs ou moins résistants, sans adhérence aux téguments, sans adhérence profonde. Dans l'aisselle un petit ganglion, derrière le bord inférieur des pectoraux, gros comme une noisette, arrondi, mobile, indolent. Rien du côté de l'autre sein, rien ailleurs.

Malgré le peu de fréquence des tumeurs du sein chez l'homme, on ne peut pas dire que leur diagnostic présente de très grandes difficultés, car il s'agit presque toujours d'épithéliome ; tout le reste étant infiniment rare. Dans ce cas particulier ce fut donc la première pensée qui dut venir à notre esprit, en raison de l'âge du sujet et de l'évolution de sa maladie. L'absence de rétraction du mamelon et d'adhérence à la peau n'était pas en faveur d'une tumeur maligne, mais à une période peu avancée, ces signes manquent très souvent. La sensation de plaque résistante, mal limitée, l'indolence, l'engorgement ganglionnaire sont au contraire des symptômes habituels des néoplasies malignes et tel aurait dû être notre diagnostic ferme, si les antécédents du sujet n'avaient imposé quelques réserves au sujet d'une mammite tuberculeuse. Il me parut impossible entre les deux hypothèses de me prononcer d'une façon tout à fait formelle.

Cette incertitude ne nous gênait en rien pour le traitement qui, sans hésitation, devait être l'ablation de la glande malade suivie de l'extirpation des ganglions axillaires. C'est ce qui fut fait le 15 mars, avec bien entendu les suites favorables que comporte cette bénigne opération. La glande avait été enlevée en totalité avec le mamelon, la peau qui la couvrait, la graisse environnante, le paquet des ganglions axillaires.

De l'étude microscopique pratiquée par M. Weinberg, il

résulte qu'il s'agit très certainement d'une tuberculose de la glande mammaire. Sur les préparations on voit des multitudes de tubercules, parfaitement caractéristiques avec cellules géantes. Ce qu'il y a de plus particulièrement intéressant, c'est que les lésions sont souvent intra-acineuses, et même exclusivement intra-acineuses sur un grand nombre de points. Les mêmes lésions se retrouvent dans toute l'étendue de la glande.

OBSERVATION VI

(M. Remy et Noël. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1893.)

Mammite tuberculeuse récente, adénome ancien

M^{me} B..., cinquante-trois ans, est venue le 15 mai dernier consulter le D^r Remy, chirurgien de la maison départementale de Nanterre. Cette dame qui est très maigre et ne présente aucune trace de scrofule a toujours habité la campagne. Elle n'a jamais eu de maladies et ne se rappelle que quelques rhumes sans gravité.

Elle n'a jamais allaité, et depuis deux ans, elle a cessé d'être réglée. On ne trouve dans ses antécédents héréditaires absolument rien qui puisse faire songer à la tuberculose. Elle raconte que depuis longtemps, elle avait remarqué à la partie externe et inférieure de la mamelle droite, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, dure, roulant sous les doigts et indolore, c'est-à-dire ayant d'après son récit tous les caractères d'un adénome.

Au commencement du mois de mars dernier, ayant ressenti une douleur dans le sein droit, elle fit venir un médecin qui ne constata rien autre que le petit adénome.

Le 30 avril dernier, elle fut frappée de l'augmentation du

volume du sein et elle s'aperçut en même temps qu'elle avait unè grosseur dans l'aisselle du côté droit.

Son médecin de nouveau consulté la rassura en lui disant qu'il n'y avait rien d'inquiétant. Cependant le sein et la tumeur de l'aisselle grossissant très rapidement et devenant légèrement douloureux, elle vint trouver à Paris, le 10 mai, le Dr Alquée qui l'engagea à s'adresser à un chirurgien.

Le Dr Rémy reçut M^{me} B... à la consultation le 15 mai et l'examen lui donna les renseignements suivants : Du côté droit, le mamelon était un peu enfoncé, de sorte que la base paraissait entourée d'un sillon.

La partie interne du sein présentait, en outre de la tumeur reconnue depuis longtemps, une masse globuleuse, adhérente à la peau sans capitonnage et formée de trois ou quatre bosselures dont l'une, beaucoup plus grosse, sous-jacente au mamelon.

Ces tumeurs paraissaient faire corps avec la glande. Elles étaient de consistance plutôt molle, mais sans aucune fluctuation et légèrement douloureuses à la pression. Dans l'aisselle du même côté, on trouvait une masse considérable, dure, formée par la réunion d'un grand nombre de ganglions, de volume inégal et semblant réunis à la tumeur principale par une traînée indurée. Dans le creux sus-claviculaire et dans l'aisselle du côté gauche, on constatait aussi quelques petits ganglions plus durs que ceux du côté opposé.

Le mamelon gauche était très saillant et comme pédiculé. L'auscultation de la poitrine ne révélait aucune lésion au sommet des poumons.

L'examen des autres organes était aussi négatif. L'état général de la malade laissait un peu à désirer.

Etant donné les commémoratifs d'adénome ancien, en présence de cette tumeur nettement lobulée, malgré son développement presque subit (deux mois et demi) et en l'absence de toute trace de tuberculose chez la malade, le Dr Rémy pensa qu'il avait affaire à une forme de carcinome à évolution rapide.

L'ablation du sein fut décidée, et l'opération eut lieu le 18 mai. A peine avait-il commencé à inciser la glande, qu'on fut surpris de voir s'écouler un pus épais, verdâtre, sans aucun mélange de matière caséuse.

Après l'extirpation complète de la mamelle, il procéda au curage de l'aisselle et enleva environ une trentaine de ganglions plus ou moins volumineux dont l'un était suppuré et adhérait à la veine axillaire.

Les suites de l'opération ne présentèrent aucune complication, et la plaie guérit par première intention. A l'examen macroscopique la tumeur paraissait formée par une masse fibreuse creusée de plusieurs petites cavités contenant du pus.

On retrouvait, en outre, le petit noyau considéré comme adénome, et l'on pouvait constater qu'il était bien encapsulé.

Les ganglions avaient l'aspect caséux.

L'examen histologique fait au laboratoire de M. Rémy donna les résultats suivants :

Les parois des coques formées dans la glande contenaient des bacilles. Ceux-ci se trouvaient en très grand nombre dans le liquide verdâtre qui remplissait les cavités.

Les ganglions étaient manifestement pleins de tubercules, avec des cellules géantes caractéristiques. On constatait quelques noyaux inflammatoires disséminés dans la glande, et il était facile de voir que l'inflammation avait suivi les canaux glandulaires.

L'adénome était formé par le développement des culs-de-sac entourés de tissu fibreux.

OBSERVATION VII

(Walter et Pilliet. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1895.)

Tuberculose mammaire double

Femme de vingt-sept ans, d'aspect vigoureux, mère de trois enfants bien portants. La dernière couche remonte à deux ans. A ce moment il y eut, dit la malade, de l'engorgement laiteux du sein gauche. Depuis lors persiste un point dur au-dessus et en dehors du mamelon.

Etat actuel. — Santé bonne, pas de maladies antérieures, pas d'amaigrissement. Depuis trois mois, le sein gauche a notablement grossi.

Tumeur occupant la glande mammaire elle-même, de consistance dure, irrégulière, bosselée, du volume d'une pomme, sans limites précises ; peau légèrement adhérente jusqu'à une certaine distance autour de la tumeur. Mamelon un peu rétracté. Ganglions axillaires pris, mais pas très volumineux.

On fait le diagnostic d'épithélioma du sein. Cependant, le petit volume des ganglions axillaires et la lobulation de la tumeur laissant quelque doute sur la nature de l'affection, une compression régulière est faite pendant un mois. Au bout de ce temps, la tumeur a augmenté de volume, l'adhérence de la peau s'est accentuée et le diagnostic paraît s'affirmer.

15 février 1894. — *Opération.* — Au moment de l'opéra-

tion on constate un ramollissement manifeste au centre de la tumeur, un point fluctuant siégeant immédiatement au-dessous et en dehors du mamelon. Ce ramollissement s'est fait rapidement, car, au dernier examen fait huit jours auparavant, il n'y avait aucun point fluctuant.

Incision exploratrice sur ce foyer : liquide puriforme, sanguinolent, dans une cavité à parois tomenteuses. La tumeur est indurée, blanche, d'aspect carcinomateux. Extirpation complète du sein avec curage de l'aisselle. A la coupe, la tumeur offre le caractère d'un épithéliome et l'examen histologique montre seul qu'il s'agit de tuberculose.

Peu de jours après, apparition dans le sein droit d'un noyau situé immédiatement en dehors du mamelon, et qui atteint assez rapidement le volume d'une noix.

24 mars 1894. — On constate de l'augmentation partielle du sein autour de ce noyau tuberculeux qui présente à son centre un foyer caséeux.

4 avril. — Ablation de la tumeur.

La malade a été revue depuis à plusieurs reprises ; il n'y a pas trace de récidence. L'état général est excellent. Aucune menace de tuberculose pulmonaire. L'examen histologique a été fait par M. Pilliet, chef de laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité.

OBSERVATION VIII

(Thèse de Héraut, 1895. — Observation communiquée
par le professeur Tédénat.)

*Tuberculose de la mamelle droite. — Guérison persistant
depuis sept ans*

Louise D..., vingt-cinq ans ; père et mère bien portants. Deux frères plus âgés en bonne santé. Réglée à treize ans, et toujours d'une façon régulière. Fièvre typhoïde à dix-sept ans. Santé satisfaisante.

Septembre 1888. — Douleurs vagues dans le sein droit, auxquelles s'ajoutent, au bout de quelques semaines, un peu de gêne, d'endolorissement dans l'aisselle. Le Dr Gambassédès constate une légère tuméfaction du sein et l'attribue à des congestions menstruelles, à cause d'une aggravation sensible des accidents à chaque menstruation. Des pilules de fer, une pommade iodurée ne produisent aucun résultat, et trois nodules fermes, arrondis, ayant apparu en mars 1889, le Dr Gambassédès adresse la malade à M. Tédénat.

3 mai. — Santé générale satisfaisante, malgré un peu de pâleur ; rien aux poumons, pas de toux, appétit bon.

Le sein droit est moitié plus volumineux que le gauche. Mamelon normal et bien formé. Depuis deux ou trois mois, il coule à chaque époque menstruelle, quelques gouttes de liquide gris, filant. Cet écoulement persiste deux ou trois jours après la fin des règles et coïncide avec une augmentation passagère du volume du sein malade. Le sein gauche ne participe pas à cette turgescence menstruelle.

Les deux seins sont grenus, mais en appliquant avec la main étalée le sein droit contre la paroi thoracique, on sent dans le sein trois nodules. Deux occupent la portion centrale du quadrant inféro-externe et ont des dimensions d'une amande ; le troisième, du volume d'une noix, occupe la périphérie du quadrant supéro-interne. La malade éprouve une vague pesanteur à l'état ordinaire, des élancements peu intenses lors des règles.

L'exploration se fait sans vraie douleur. Tuméfaction légère des ganglions situés sur le bord du grand pectoral.

Examinés avec attention, les nodules sont fermes, mais bien limités, moins mobiles que les fibro-adénomes. M. Tédénat porte le diagnostic de mammite noueuse et conseille : 1^o pansement compressif ; 2^o sirop d'iodure de fer.

10 juillet 1889. — Le sein a augmenté de volume, la pesanteur y est devenue plus incommode. Les deux nodules du quadrant inféro-externe sont fusionnés, vaguement ramollis, avec œdème des téguments. Un abcès s'ouvrira prochainement. Pression douloureuse, le diagnostic de tuberculose mammaire s'impose.

13 juillet. — Incision de la masse pâteuse sur une longueur de 3 centimètres. Pus caséux. Incision cunéiforme avec sutures profondes. Réunion avec menue fistule, qui persiste jusqu'au 16 août.

Peu à peu la petite tumeur du quadrant supéro-interne augmente de volume, deux autres tumeurs du volume d'une noisette paraissent dans son voisinage. Une fistule se forme (10 novembre).

La famille accepte l'amputation totale refusée lors de la première intervention.

20 juillet. — Extirpation complète de la mamelle et des ganglions axillaires. Cicatrisation complète le 12 août. La jeune femme habite la campagne et jouit d'une bonne santé.

Examen de la pièce. — L'examen histologique n'a pas été fait ; mais deux cobayes inoculés ont maigri et sont morts après trois mois avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions mésentériques.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer de notre travail les conclusions suivantes :

La tuberculose du sein est une affection relativement rare. Elle atteint surtout la femme de la puberté à la ménopause.

Les antécédents personnels des malades, la grossesse, la lactation, les affections antérieures de la mamelle occupent une large place dans l'étiologie de la tuberculose du sein qui peut être dans certains cas une manifestation isolée et primitive de la tuberculose.

L'infection peut se faire par la voie sanguine, par la voie lymphatique ou par la voie des canaux galactophores.

Au point de vue anatomique, comme au point de vue clinique, la tuberculose du sein revêt deux formes principales ; la forme disséminée et la forme confluente. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente. Entre ces deux types extrêmes, on peut rencontrer différents intermédiaires.

Le diagnostic, dans certains cas particuliers, peut ne pas présenter de grandes difficultés ; dans d'autres, au contraire, il sera presque impossible. Toutes les

tumeurs solides ou liquides du sein pourront prêter à confusion.

Le pronostic, sérieux pour la glande, est variable au point de vue de la vie. Lorsque la tuberculose du sein frappe des sujets déjà porteurs de lésions viscérales, le pronostic sera subordonné à l'état général. Lorsqu'elle apparaît comme manifestation unique de la tuberculose, il ne semble pas qu'elle soit destinée à infecter rapidement l'organisme.

Le traitement, sauf quelques exceptions, consistera dans l'amputation partielle ou totale du sein, avec extirpation des ganglions axillaires. Un traitement général devra toujours être institué.

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Astley Cooper*. — Œuvres chir. Traduction Chassaignac
Paris, 1837.
- Nélaton*. — Th. d'agrégation. Paris, 1839.
- Johannet*. — Revue médico-chirurg. de Paris, 1853, p. 301.
- Velpeau*. — Traité des maladies du sein, 1854.
- Giraldès*. — Gaz des hôpit., 1854, p. 581.
- Horteloup*. — Tumeurs du sein chez l'homme. Paris, 1872.
- Léger*. — Bull. soc. médic. d'Amiens, 1878, p. 123 à 126.
- Richet*. — Gaz. des hôpit., 1880, 13 mai.
- Reclus*. — Clinique chirurgicale, 1880.
- Dubar*. — Thèse de Paris, 1881.
- Le Dentu*. — Revue chir. 1881, p. 26.
- Poirier*. — Archives gén. de médec., 1881, p. 59.
- Duret*. — Le progrès médical, 1882.
- Verneuil*. — Progrès méd., 1882, n° 9, p. 157.
- Obnacker*. — Arch. f. Klin. Chirurg., 1883, p. 366.
- Herbet*. — Gaz. méd. de Picardie, 1883, p. 104-106.
- Verchère*. — Thèse de Paris, 1884.
- Coudray*. — Thèse de Paris, 1884.
- Valude*. — Du trait. des néopl. mammaires. Paris, 1885.
- Trélat*. — Semaine médicale. Paris, 1885.
- Folet*. — Bull. méd. du Nord. Lille, 1885, p. 551.
- Habermas*. — Beit. Z. Klin. Chirurg., 1886, p. 44.
- Souplet*. — Bull. de la soc. anat., juin 1886, p. 443.
- Piskacek*. — Médecin, Jæhrbuck. Wien, 1887.
- Arthman*. — Virchow's Arch. T. C., p. 365.
- Virchow*. — Path. des tumeurs, t. III, p. 215.

- Dandois*. — Rev. méd. de Louvain, 1888, VII, p. 5.
Dubreuil. — Gaz. méd. de Paris, 1888, p. 198-200.
Opie. — Med. Journal Balt., 1888, XX, 363.
Campenon. — Sem. méd. Paris, 1888, VII, 413.
Hebb. — Transact. of the Path. soc. of London, 1888, 446.
Thomburn. — Illustrated med. News. London, 1889, p. 253-255.
Skathok. — Trans. of the path. soc. of London, 1889, p. 391.
Hering. — Inaug. dissert. Erlanger, 1889.
Mackellar. — Lancet. London, 1889, I, 1082.
Tillaux. — Gaz. des hôpitaux. Paris, 1890, p. 830.
Ely. — N. Y. Pathologic society, 1890, p. 81.
Lane. — British. med. S. London, 1890, II, 630.
Heurtaux. — Bull. soc. anat. de Nantes, 1890, XII, 14.
Kummer. — Rev. méd. de la Suisse, 1890, p. 275.
Bender. — Beit Zur. Klin. Chir., 1891.
Roux. — Thèse de Genève, 1891.
Lane. — Tr. Clin. Soc. London, 1891, XXV, 243.
Robinson. — Brit. med. Journal, 11 juin 1892.
Jacques. — Rev. méd. de l'Est, 1893, t. XXV, p. 395.
Rémy et Noël. — Bul. de la société anat. de Paris, juin 1893.
Muller. — Tuberculose der Brustdrüse, Wurtz burg., 1893.
Demons. — Journ. méd. de Bordeaux, 1894, XXIV, 280.
Villar. — Gaz. des hôpitaux, juin 1894.
Powers. — Ann. surgic. Phila., 1894, LXX, 159.
Spediaccie (E.). — Atti. d. r. Accadom. d. fiscond. Siena, 1894, II, p. 65, 511.
Gautier. — Thèse de Bordeaux, 1895, n° 14.
Brucand. — Thèse de Lille, 1895, n° 107.
Kieker. — Arch., f. Klin. Chir., 1895.
Strauss. — La tuberculose et son bacille, 1895.
Gautier et Péraire. — Rev. de Chir., 1895, p. 768.
Sabrazès et Binaud. — Arch. de méd. exp., nov. 1895.

- Walter et Pilliet.* — Bull. Soc. anat. de Paris, 1895, p. 312.
Lange. — Tr. Ann. surg. Ass. Phila., 1895, p. 498.
Fiorantini. — Atti. d. Ass. med. Lomb., 1895, Milano.
Catellani. — Policliniq. Roma, 1895, p. 273.
Durande. — Provinc. méd. Lyon, 1896, p. 553.
Héraud. — Thèse de Montpellier, 1897, n° 47.
Argellier. — Thèse de Lyon, 1897, n° 137.
Binaud et Braquehay. — Trait. de Chir. le Dentu et Delbet.
Lotheissen. — Win. Klin. Woch., 1897.
Powers. — Ann. surg. Phila., 1897, XXV, 86.
Custom — Intern. Clini. Phila., 1897, IV, 58, 61.
Cuneo. — Thèse de Paris, 1898, n° 198.
Collomb. — Thèse de Lyon, 1898, n° 182.
Davis. — Trib. primif. du sein survenant pendant la grossesse.
Med. News, 1897.
Argoleo. — Reforma med. Napoli, 1898, p. 637.
Ferguson. — J. Ann. M. Ass. Chicago, 1898, p. 1412.
Freiberg. — Tr. Ohio. M. Soc. Cleveland, 1898, p. 177.
Scudder. — Ann. J. M. Sc. Phila., 1898, p. 75.
— J. Ann. M. Ass. Chicago, 1898, p. 187.
Warden. — Med. Rec. New-York, 1898, p. 479.
Smith. — Ann. J. Obst. New-York, 1898, p. 840.
Halstead. — Ann. Surg. Phila., p. 685.
Carle. — Gaz. hebd. de médec., 1899, p. 913.
Fraikin. — Soc. d'obst. de Bordeaux, 28 février 1899.
Carrel. — Gaz. des hôpitaux, 1899, p. 45.
Nattan Larrier. — Soc. biol. de Paris, 1900, L. II, 1024
Gilbert et Weil. — Arch. de méd. exp., mai 1900.
Nocard. — Cong. int. de méd., 1900.
Duplay et Reclus. — Traité de Chirurg. : Art. mamelle.
Morestin. — Bull. et Mém. de la soc. anat. de Paris, 1902.
Stier. — Die tuberculose der mamma. Wurzb., 1892.
Brin et Papin. — Arch. méd. d'Angers, 1903, p. 57.
Schley. — Ann. Surg. Phila., 1903, p. 524.

- Shield.* — Clin. J. London, 1903, XXII, 55.
- Salomoni.* — Clin. Chir. Milano, 1903, p. 282
- Levings.* — J. Ann. M. Ass. Chicago, 1903, p. 300.
- Manley.* — Med. Brief, Saint-Louis, 1903, p. 1349.
- Caminiti.* — Riforma med. Roma, 1903, p. 869.
- Morestin.* — Bull. et Mém. soc. anat., 1903, p. 479.
— Bull. mém. soc. anat., 1903, p. 613.
- Thurston.* — Indian. M. Gaz. Calcutta, 1904, p. 15.
- Nattan Larrier.* — Arch. de méd. exp. et d'anat. path. de Paris, 1904, XVI, p. 177.
- Anspach.* — Am. f. M. Sc. Phila., 1904, p. 98.
- Spencer.* — Am. Med. Phila., 1905, p. 432.
- Scheidegger.* — Ein foll. von Carcinom. und Tuberkulose des Gleichen mamma, 1904, Sawerlander et Co.
- Scott.* — St. Barth. Hosp. Rep., 1904. — London, 1905, 97-123.
- Bahuaud.* — Gaz. méd. de Nantes, 1906, p. 317.
- Berger.* — Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1905, XX,
- Braendle (E.).* — Beitr. Z. Klin. Chir., Tubing 1906, p. 215.
- Delfino.* — Gaz. D. Arp. Milano, 1906 p. 977.
- Gussler.* — Deutsche med. Wehnschr., Leipz. U. Berl., 1906.
1780-1780
- Schmidt.* — Ein foll von Tuberc. mammi, Lubeœch, 1905.
- Walther.* — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1906.
- Hardouin.* — Bull. et Mém. soc. anat. de Paris, 1907, LXXXII,
58-60,
- Marangoni.* — Riv. veneta. di. sc. med. VeneZia, 1907, XVI,
49.
- Parsons.* — Brit. M. J. London, 1907, II, 263.
- Zirioni.* — Rif. med. Palermo-Napoli, 1907, p. 426
- Pataronni.* — Thèse de Bordeaux, 1907, n° 126.
- E. Franco.* — Virchow's Archiv., 1908, p. 370.
- Cornil.* — Les tumeurs du sein, 1908.
- Morestin.* — Soc. chir. de Paris, séance du 19 février 1907.
- Hardouin et Marquis.* — Revue de chir., n° 6, juin 1908.

Von Eberts Orchibald . — Société méd. chir. de Montréal, 22
janvier 1909.

Saint Jacques . — Medical Record, 27 février 1909.

Von Eberts . — The american journal of the medical, juillet
1909.

